



**FILIPA ANJOS DE  
ARAÚJO**

**INTERVENÇÃO PSICO-EDUCATIVA EM  
SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA**



**FILIPA ANJOS DE  
ARAÚJO**

**INTERVENÇÃO PSICO-EDUCATIVA EM  
SOBREVIVENTES DE CANCRO DA MAMA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e co-orientação da Mestre Ana Carla Seabra Torres Pires, Especialista da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

presidente

**Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

**Doutora Helena Teresa da Cruz Moreira**  
investigadora da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**Doutora Sara Otilia Marques Monteiro**  
professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

**Mestre Ana Carla Seabra Torres Pires**  
especialista da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Doutora Sara Monteiro, orientadora desta tese, pelo apoio na realização da mesma.

À Mestre Ana Torres, co-orientadora, pelo apoio e colaboração durante todo o processo de realização da tese.

À Liga Portuguesa Contra o cancro, que permitiu o contacto com sobreviventes de cancro da mama, que fazem voluntariado na instituição.

A todas as pessoas que voluntariamente participaram nesta investigação.

Ao Departamento da Educação da Universidade de Aveiro, por ter proporcionado as condições necessárias à elaboração da presente tese.

Aos amigos de sempre, pelo percurso que temos vindo a construir, em todas as fases e momentos da minha vida.

Tornar esta tese uma realidade foi possível com a cooperação de diversas pessoas, a quem sem querer nomear, com receio de negligenciar alguém, agradeço profundamente.

Com extrema importância ainda, foi o contributo da minha família.

À minha mãe quero agradecer tudo o que tem feito por mim ao longo de todo o meu percurso de vida, no sentido de me possibilitar sempre uma vida melhor e com mais oportunidades apesar das suas dificuldades. À minha irmã, pai e avós agradeço a dedicação, o carinho, a confiança e o incentivo que me transmitiram.

## palavras-chave

mulheres sobreviventes de cancro da mama, programa psico-educativo, *coping*, psicopatologia, qualidade de vida.

## resumo

O cancro da mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo ocidental industrializado com elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo. Os progressos técnicos e científicos na detecção precoce e tratamento do cancro da mama têm conduzido a uma diminuição significativa da mortalidade, determinando o aumento do número de sobreviventes. O cancro da mama assume uma preponderância cada vez maior, devido às repercussões para os sobreviventes aos mais diversos níveis: físico, psicológico, emocional, familiar e social. O presente estudo tem como objectivo perceber, clarificar e interpretar a forma como a aplicação de um programa psico-educativo está relacionada com variáveis como as estratégias de coping, psicopatologia e qualidade de vida, em sobreviventes de cancro da mama. Treze mulheres sobreviventes de cancro da mama, pertencentes à delegação de Aveiro do “Movimento Vencer e Viver”, do Núcleo Regional do Centro, da Liga Portuguesa Contra o Cancro (M=63,38; DP= 6,31) foram recrutadas e aplicou-se um protocolo psico-educativo de grupo para mulheres sobreviventes de cancro da mama. O impacto da intervenção psico-educativa foi avaliado através da administração dos instrumentos CCQ, EORTC, QLQ-C30, suplemento BR23 e EADH, no pré e pós intervenção. Dos resultados verificados destacamos que: (a) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao nível das estratégias de coping, psicopatologia e qualidade de vida, entre os dois momentos de avaliação; (b) houve uma redução da ansiedade e uma melhoria ao nível da sintomatologia depressiva do primeiro para o segundo momento; (c) houve um aumento do funcionamento físico e emocional e da função cognitiva, e uma diminuição da fadiga do primeiro para o segundo momento. Em suma, o presente estudo revelou-se útil na medida em que verificou que é possível alcançar ganhos terapêuticos com a implementação de uma intervenção psico-educativa em mulheres sobreviventes de cancro da mama.

**keywords**

women survivors of breast cancer, psycho-educational program, coping, psychopathology, quality of life.

**abstract**

Breast cancer is the most common malignancy among women in industrialized Western world with high rates of mortality throughout the world. The technical and scientific progresses in early detection and treatment of breast cancer have led to a significant reduction in mortality, which increased the number of survivors. Breast cancer is of increasing domination due to the repercussions for the survivors at different levels: physical, psychological, emotional, social and family. This study aims to understand, clarify and interpret how the application of a psycho-educational program is related to variables such as coping strategies, psychopathology and quality of life in survivors of breast cancer.

Thirteen women survivors of breast cancer, belonging to the delegation of Aveiro "Beat Movement and touch", the Nucleus of the Centre of the Portuguese League against Cancer ( $M= 63.38$ ,  $SD= 6.31$ ) were recruited and applied protocol is a psycho-educational group for women survivors of breast cancer. The impact of psycho-educational intervention was assessed by administration of CCQ instruments; EORTC, QLQ-C30, BR23 and EADH add pre and post intervention.

Of the findings highlighted that: (a) were not statistically significant differences in terms of coping strategies, psychopathology and quality of life between the two time points, (b) there was a reduction in anxiety and an improvement in the symptomatology depressing the first to the second moment, (c) there was an increase in physical functioning and emotional and cognitive function, fatigue and decrease in the first and the second time.

In summary, this study was useful in that it found that treatment gains can be achieved with the implementation of a psycho-educational intervention for women survivors of breast cancer.



## Índice

I. Introdução .....	1
1. As consequências psicológicas do cancro da mama e dos tratamentos .....	2
1.1. Psicopatologia nas mulheres com cancro da mama .....	3
1.2. Qualidade de vida nas mulheres com cancro da mama .....	4
1.3. Estratégias de coping em pacientes oncológicos .....	5
2. As intervenções psicológicas para doentes com cancro .....	6
II. Objectivos .....	8
III. Metodologia .....	8
1. Desenho do estudo .....	8
2. Caracterização da amostra .....	8
3. Procedimentos .....	11
3.1. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo .....	11
3.2. Instrumento de intervenção: Programa de intervenção psico-educativo .....	12
3.3. Procedimentos Estatísticos .....	14
3.4. Procedimentos de Investigação .....	15
IV. Resultados .....	15
V. Discussão .....	20
VI. Referências .....	23



## I. Introdução

A história do cancro da mama sofreu mudanças profundas ao longo do tempo. No século XIX e início do século XX, além de ser considerado contagioso, o cancro era associado à falta de limpeza, sujidade física e moral. No entanto, a partir dos anos 50, surgiram mudanças significativas no significado, na forma de enfrentar o cancro, no aumento do número de sobreviventes e no tempo de sobrevivência (Tavares & Trad, 2005).

O cancro da mama é um tumor maligno, que se desenvolve nas células do tecido mamário (Quevauvilliers & Perlemuter, 2003). É a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo ocidental industrializado (Ferlay et al., 2007), com elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo (Patrão & Leal, 2004). A sua incidência tem aumentado gradualmente ao longo dos últimos 25 anos (Campos-Outcalt, 2002), sendo uma das causas de morte mais frequentes em mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 75 anos (Baltar, Ribeiro, Lopes, Torres & Lourenço, 2001; Figueiredo et al., 2001). Relativamente à prevalência prevê-se que, na Europa, uma em cada onze mulheres receba o diagnóstico da doença (Mols, Vigerhoets, Coebergh & Van de Poll-Franse, 2005). Em Portugal, o cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente na mulher, estimando-se que, em 2006, tenham sido registados cerca de 5600 novos casos, sendo que 1100 resultaram em óbitos (Ferlay et al., 2007). Actualmente, morrem mais de 3500 mulheres vítimas de cancro, sendo que, um em cada quatro casos de cancro corresponde a cancro da mama (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007).

Embora ainda não exista conformidade quanto aos factores de risco para apresentação de cancro da mama, encontram-se referências comuns na literatura: sexo; idade (a incidência aumenta com a idade); história pessoal/familiar de cancro (especialmente se for diagnosticado antes dos 50 anos e em ambas as mamas); historial de cancro da mama; história reprodutiva; nuliparidade e primeira gravidez após os 30 anos; e, por fim, a predisposição genética (Thuler, 2003). Crane (2000) aponta ainda factores como a menarca precoce e a menopausa tardia, a densidade mamária, a obesidade, o consumo de álcool, a terapêutica hormonal de substituição e alterações ao nível do cromossoma 13 (BRC2) e 17 (BRC1).

Actualmente existem diversos tipos de tratamentos (multidisciplinares), que podem ser *“locais, como a radioterapia e a cirurgia, ou sistémicos, como a quimioterapia e a terapia hormonal”* (Keitel & Kopala, 2000, cit. in Ramos & Patrão, 2005, p. 295). A cirurgia (mastectomia radical modificada, radical e tumorectomia ou cirurgia conservadora) constitui-se como um dos métodos mais utilizado. Os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, caracterizam-se por múltiplos efeitos colaterais perturbadores, sendo que no primeiro, existe um temor pela queda do cabelo (Carvalho, Franco, Kovács, Liberato, Macieira et al., 2008).

Os progressos técnicos e científicos na detecção precoce e tratamento do cancro da mama têm conduzido a uma diminuição significativa da mortalidade, determinando um aumento do número de sobreviventes (Ferlay, Bray, Pisani & Parkin, 2004). Deste modo, o cancro da mama deixou de ser considerado uma doença inevitavelmente fatal, passando a ser percebido como uma doença crónica que pode persistir, reincidir e que requer cuidados médicos por longos períodos de tempo (Pimentel, 2006). Ora, o prolongamento da vida e a conceptualização do cancro como doença crónica, acarretam consigo a questão da “quantidade” de vida sem “qualidade” (Pais-Ribeiro, 2001), tornando-se elementar a consideração do ajustamento psicossocial e da Qualidade de Vida (QdV) do doente oncológico ao longo de todo o percurso da doença (Kornblith, 1998).

O cancro da mama assume uma preponderância cada vez maior, devido às repercussões aos mais diversos níveis: físico, psicológico, emocional, familiar e social (Amorim, 2007; Climent, 2009; Patrão & Leal, 2004). No caso de reincidência e re-tratamento, os pacientes sofrem um grande choque e descrença, negação total ou parcial, ansiedade, raiva e depressão. Neste caso, será importante implementar medidas de educação adicional, redução do sentido de isolamento ou de perda da imagem corporal anterior. Um exemplo destas medidas é a psicoterapia de grupo, que aumenta a utilização das estratégias de *coping*, os estados afectivos e a reintegração dos pacientes na sua rotina diária, com a melhor QdV possível (Petticrew, Bell & Hunter, 2002). Assim, as intervenções psicossociais em psico-oncologia tornam-se cruciais, no sentido de dotarem as unidades de saúde de informações acerca da doença e dos seus desenvolvimentos; oferecer apoio psicossocial e psicoterapêutico; proporcionar um espaço seguro para a expressão de sentimentos; descobrir meios para a diminuição do *stress*, da ansiedade e da depressão; mobilizar recursos mais criativos para enfrentar a doença; aperfeiçoar a comunicação interpessoal, dando prioridade à QdV de forma mais abrangente; e criar um campo fértil para o desenvolvimento da esperança e a procura de diferentes significados para o decurso da vida (Carvalho et al., 2008). Este tipo de intervenções pode ainda auxiliar na compreensão do diagnóstico e do prognóstico na adesão aos tratamentos das diferentes fases da doença; no lidar com a medicação e com os seus efeitos colaterais; na adaptação ao novo estilo de vida e nível de funcionamento geral, e no estabelecimento de relacionamentos de qualidade com amigos, familiares e equipa de cuidados (Carvalho et al., 2008).

O presente estudo tem como objectivo perceber, clarificar e interpretar a forma como a aplicação de um programa psico-educativo está relacionada com variáveis como a QdV, sintomas psicopatológicos e estratégias de *coping*.

### **1. As consequências psicológicas do cancro da mama e dos tratamentos**

Perante o diagnóstico de cancro da mama, a mulher vive momentos de grande angústia, ansiedade e sofrimento, ao associar o diagnóstico à morte. Ao longo do período de tratamento, são fundamentais constantes adaptações às perdas e aos sintomas vivenciados pela paciente (Lotti,

Barra, Dias & Makluf, 2008). Segundo Ribeiro (1998), estas consequências podem sofrer influência de algumas variáveis, tais como o tipo de cancro, a maior ou menor agressividade dos tratamentos, a alteração da imagem corporal, as características da personalidade e as expectativas de sobrevivência.

Ao longo do processo de tratamento, a mulher passa por vários lutos. O primeiro, devido à possibilidade de ter cancro; o segundo, quando se confirma o diagnóstico; o terceiro, quando passa pelo tratamento cirúrgico; um quarto, gerado pela alteração da imagem corporal; um quinto, causado pelas possíveis limitações consequentes da cirurgia; e, um último, causado pelos tratamentos quimioterapêuticos, radioterapêuticos e hormonoterapêuticos (Makluf et al., 2005).

A vivência de cancro da mama é ainda considerada uma experiência de crise, indutora de *stress*, que pode permanecer no tempo pois, para muitas mulheres, a crise só se dissipa no tempo (Spencer et al., 1999). Esta experiência pode ter consequências negativas ao nível psicossocial. No entanto, nem todas as mulheres fazem esta atribuição, já que algumas sobreviventes não encaram o seu cancro como um trauma, apesar dos seus efeitos negativos. Encaram sim, como uma transição psicossocial, que pode contribuir para o seu crescimento (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowaky, 2001; Stanton, 2010). Neste sentido, a forma como a mulher reage ao cancro da mama, o seu estado emocional, os meios de apoio, e o seu tratamento vão influenciar directamente a sua QdV (Bloom, Stewart, Johnston, & Banks, 1998).

### **1.1. Psicopatologia nas mulheres com cancro da mama**

Segundo White e Macleod (2002), os pacientes com cancro manifestam como principais consequências psicológicas a ansiedade, a depressão e as perturbações neuropsiquiátricas.

Derogatis e cols. (1983), a partir de um estudo com dois mil e quinhentos pacientes com cancro escolhidos aleatoriamente, constataram que 47% apresentavam psicopatologia, sendo que 44% foram diagnosticados com uma perturbação clínica (3% com perturbações da personalidade, aproximadamente 13% com depressão e 4% com perturbações de ansiedade). Aproximadamente 85% dos pacientes com uma condição psiquiátrica positiva, estavam a experienciar uma perturbação em que a depressão ou a ansiedade se constituíam como sintoma central.

É importante salientar que, ao longo do processo mórbido, os pacientes tendem a experienciar várias consequências, sendo a ansiedade mais frequente em situações de avaliação e diagnóstico, enquanto os processos depressivos se desenvolvem mais quando o paciente conclui o tratamento e se volta a integrar nas actividades do quotidiano (Maia & Correia, 2008). A depressão é uma experiência comum entre pacientes com cancro, afectando cerca de 25% dos pacientes. Como factores associados à maior prevalência de depressão incluem-se um maior nível de incapacidade física, fase avançada da doença, presença de dor, efeitos colaterais dos medicamentos e ao tratamento em si. A quimioterapia e os procedimentos cirúrgicos

oncológicos são uma fonte de depressão iatrogenicamente induzida possível em doentes com cancro devido aos seus efeitos secundários negativos que podem incluir perturbações na imagem corporal e sintomas físicos. Vários estudos indicam que a ansiedade pode aumentar durante certos períodos da doença (como a descoberta do tumor), diminuir durante o período cirúrgico e permanece elevada até um ano após a cirurgia, altura em que começa a declinar. Para alguns pacientes, a ansiedade pode tornar-se tão grave que podem ser incapazes de aderir adequadamente aos tratamentos médicos e procurar evitar procedimentos que lhes provocam medo. As perturbações de ansiedade parecem ser mais comuns nas pessoas com cancro do que nos grupos com outras doenças crónicas ou na população em geral. Maguire e cols. (1998), numa amostra de pacientes com cancro da mama verificaram que 27% apresentavam ansiedade moderada a grave, em comparação com um grupo de controlo (14%) (Nezu & Nezu, 2007).

## **1.2. Qualidade de vida nas mulheres com cancro da mama**

O conceito de QdV tem evoluído ao longo da história da humanidade e tem englobado indicadores individuais e sociais. A partir dos anos 60 do século XX, iniciaram-se esforços para avaliar a QdV dos indivíduos numa perspectiva multidimensional (Meneses, 2005; Pimentel, 2006; Patrão & Leal 2004). Um dos problemas mais frequentes na terapia da doença oncológica tem a ver com os efeitos secundários dos tratamentos médicos sendo, por tal motivo, pertinente e necessária uma avaliação custo-benefício desses tratamentos e a atenção à QdV do paciente e da sua família (Coelho, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QdV define-se como “*a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Conde, Pinto-Neto, Júnior & Aldridge, 2006).

O estudo da QdV e do ajustamento psicossocial na fase da sobrevivência de cancro da mama tem sido bastante desenvolvido nos últimos 30 anos. Muitos estudos têm-se debruçado nas dificuldades psicológicas, sociais e físicas vivenciadas pelas sobreviventes pouco tempo após o fim dos tratamentos, sendo ainda reduzida a investigação sobre as consequências desta doença na QdV nesta fase (Moreira et al., 2008).

Relativamente ao domínio físico da QdV, os sobreviventes de longo prazo relatam menor QdV do que os controlos. Dor no braço (incluindo a perda da sensação e inchaço), fraqueza e rigidez, cansaço (e falta de vitalidade) são comumente relatados. Quanto ao domínio psicológico da QdV, vários estudos relatam preocupações significativas entre os sobreviventes de cancro da mama, incluindo depressão, sintomas de *stress* pós-traumático, preocupação com o futuro, e pouco controlo sobre o mundo. Uma melhor QdV mental é associada a menos condições crónicas, maior apoio emocional, sentimento de controlo pessoal, sentido de propósito, menos sintomas físicos e

uma maior satisfação com o atendimento médico. O domínio social da qualidade de vida está relacionado com preocupações, que incluem a falta de interesse na actividade sexual, incapacidade de relaxar e desfrutar do sexo, dificuldade em atingir o orgasmo e secura vaginal, problemas hormonais e os sintomas de menopausa (Bloom, Kang, Petersen & Stewart, 2007).

Sales e cols. (2001), no seu estudo da QdV em mulheres que efectuaram tratamento para o cancro da mama constataram que, relativamente ao funcionamento social, estas evidenciam que as mudanças no trabalho, nas actividades de lazer, nas relações sociais e familiares são provocadas de forma mais acentuada por problemas de ordem psicológica (e não de ordem de física).

De um modo geral a investigação nesta área tem evidenciado que alguns anos após o diagnóstico, a QdV global é favorável, sendo por vezes comparável, ou mesmo superior, à de mulheres sem história de doença oncológica (Moreira et al., 2008).

Um estudo recente concluiu que as mulheres sujeitas a tratamentos de radioterapia apresentam melhor funcionamento físico e emocional quando comparadas com as que fizeram quimioterapia (Browall, Ahlberg, Karlsson, Danielson, Persson et al., 2008).

Embora a QdV global seja boa, alguns estudos revelam que determinados domínios específicos deste constructo podem ser comprometidos. Assim, as sobreviventes podem revelar piores resultados no domínio físico da QdV, como consequência da persistência ou do aparecimento de sintomas de dor, inchaço, perda de sensibilidade ou fraqueza no braço, fadiga, infertilidade e sintomas decorrentes da menopausa induzida pelos tratamentos (Moreira et al., 2008).

### **1.3. Estratégias de coping em pacientes oncológicos**

Para Petticrew e cols. (2002), a sobrevivência a um cancro é influenciada pelo estilo de *coping*, ou seja, pela forma como o paciente percebe e lida com a situação de doença. As estratégias de *coping* mais eficazes são as que reflectem uma aceitação face ao cancro e são seguidas de estratégias orientadas para a resolução activa do problema (doença e suas possíveis consequências) (Rowland, 1989; Varela & Leal, 2007).

Alguns estudos, prosseguindo e corroborando as teorizações de Rowland, permitiram verificar que o *coping* focado nas emoções se encontra mais associado a situações de difícil ou impossível controlo sendo, portanto, menos adaptativo, o que representa índices mais elevados de depressão, incapacidade física e dor, bem como num menor bem-estar e auto-estima, reflectindo-se numa avaliação deteriorada da qualidade de vida e baixa adesão às indicações terapêuticas (Varela & Leal, 2007). Neste sentido, alguns estudos têm vindo a referenciar que os pacientes que apresentam predominantemente um *espírito de luta*, de *aceitação estóica*, demonstram ter melhores hipóteses de sobrevivência do que os pacientes cujas estratégias de *coping* reflectem desesperança (Sprah & Sostaric, 2004).

De acordo com Almanza-Muñoz e Holland (2000, p.197), actualmente o cancro é enfrentado com maior optimismo do que no passado.

## **2. As intervenções psicológicas para doentes com cancro**

O cancro tem impacto psicológico a vários níveis no paciente e na família (Maia & Correia, 2008) e difere nas diferentes fases da doença. O diagnóstico de cancro traz sempre consigo uma série de dúvidas, mitos e medos. Daí a necessidade de intervenções de cariz psicológico com o doente oncológico e de se dever estender a outros sistemas de interacção (Maia & Correia, 2008).

A intervenção psicológica torna-se fulcral ao nível da reconstrução da auto-estima e da auto-imagem do paciente (APA Help Center, 2004) e não se deve restringir apenas à fase do tratamento médico (Venâncio, 2004), uma vez que existem consequências ao nível emocional que persistem por vários anos, podendo o seu restabelecimento ser mais demorado do que as consequências físicas. Diversos estudos têm aludido para a influência positiva de uma intervenção psicológica na melhoria do funcionamento psicológico/emocional e biológico, e no uso de comportamentos pró-saúde (Andersen et al., 2004).

Existem diversos tipos de intervenções psicossociais cujo principal objectivo é ajudar os pacientes a lidar da melhor forma com situações indutoras de preocupação. Estas intervenções amenizam o sofrimento emocional que pode ocorrer após o diagnóstico e durante o período subsequente, aumentando de forma positiva os estados afectivos e ajudando a reduzir os efeitos colaterais físicos da doença ou do seu respectivo tratamento (Carvalho et al., 2008; Meirelles, Kebbe, Ferreira, Panobianco & Gomes, 2003; Petticrew et al., 2002). Há ainda evidências crescentes de que as terapias psicossociais melhoram o ajustamento emocional, o funcionamento social (Turner, McAvoy & Luxford, 2004), a QdV (Gottlieb & Wachala, 2007), além da longevidade em si (Petticrew et al., 2002).

As terapias de grupo têm o potencial de serem uma forma robusta e eficaz de tratamento psicossocial para pacientes com cancro (Classen, Butler, Koopman, Miller, DiMiceli, et al., 2001). Actualmente, sabe-se dos efeitos psicossociais positivos da terapia de grupo em pacientes com cancro, no ajustamento físico e sobrevivência, bem como na melhoria do estado de espírito (Classen et al., 2001; Meirelles et al., 2003). As intervenções em grupo “*podem constituir-se ideais para melhorar a qualidade de vida, a tensão das relações sociais, o estigma e o isolamento das sobreviventes de cancro da mama*” (cit. in Floyd & Moyer, 2009, p. 2). Este tipo de intervenções aborda as necessidades psicossociais (nomeadamente a maior dependência dos outros), a tensão nas relações sociais, o estigma e o isolamento, que são aspectos directamente relacionados com a sobrevivência (Floyd & Moyer, 2009).

A intervenção psico-educativa constitui-se como uma estratégia de intervenção comumente utilizada neste contexto e tem sido reconhecida como sendo eficaz na redução da sintomatologia depressiva (Barsevick, Sweeney, Haney et al., 2002).

De acordo com um estudo feito por Helgeson e Cohen (1996), os pacientes com cancro consideram as intervenções psico-educacionais mais benéficas do que as que são feitas em grupos de suporte sem abordagem psico-educativa, em diversos níveis: auto-estima, sentimento de optimismo relativamente ao futuro, recuperação da sensação de controlo, promoção do processamento emocional, bem como atribuição de novos significados à experiência.

Fawzy e cols. (1990) estudaram um grupo de pacientes com melanoma maligno, que foram sujeitos a intervenções psico-educativas, em sessões de uma hora e meia, num período de 6 semanas. No final da terapia observaram uma diminuição ao nível da preocupação, da depressão e da fadiga (cit. in Fawzy, Fawzy & Canada, 2001). Bandberg e cols. (1994, cit. in Fawzy et al., 2001) corroboraram estes resultados, acrescentando ainda que os pacientes sujeitos a terapia psico-educativa estavam significativamente mais satisfeitos com a informação e tinham maior conhecimento da sua doença comparativamente ao grupo de controlo. No seu estudo, Edgar, Rosberger e Nowlis (1992) utilizaram uma terapia psico-educativa que interveio ao nível de técnicas de resolução de problemas, treino de relaxamento e uso eficaz de recursos de ensino, tendo verificado uma diminuição significativa ao nível da depressão e ansiedade. Hosaka (1996), submeteu um grupo de pacientes com cancro a intervenções que incluíram a psico-educação, utilizando o método resolução e problemas, suporte psicológico, treino de relaxamento e imaginação guiada. Os resultados evidenciaram uma diferença substancial da pré-intervenção para a pós-intervenção, verificando-se uma diminuição da fadiga, depressão e distúrbios de humor em geral.

No estudo de Dolbeault e cols. (2008), duzentos e três pacientes recrutados após tratamento primário, foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos de tratamento: intervenção psico-educacional e grupo de controlo. A terapia foi feita num período de 2 semanas, com sessões de 2 horas por semana. Foi composta por discussões temáticas, informação e formações técnicas de gestão do *stress*. No final da terapia, observou-se uma redução significativa da ansiedade, raiva, depressão e fadiga, uma melhoria significativa do relacionamento interpessoal e vigor, no funcionamento emocional e papel, e no estado de saúde e satisfação global. Em contrapartida, as estratégias de *coping* não diferiram significativamente nos dois grupos, nem se verificou efeito do grupo relacionado com pressões negativas.

Apesar da revisão de alguns estudos providenciar suporte para a eficácia das intervenções psico-educacionais na melhoria do bem-estar emocional e funcionamento físico, o impacto da educação do paciente na implementação de estratégias de *coping* eficazes não é consistente (Bultz,

Specia, Brasher, Geggie & Page, 2000; Helgeson & Cohen, 1996; Pruitt, Waligora-Serafin, McMahon, Byrd, Besselman et al., 1993).

Contudo, salientam-se três razões para a aplicação de programas de intervenção psico-educativa em grupo: os tratamentos atingem um maior número de pessoas com um custo reduzido (comparativamente aos tratamentos feitos individualmente), é o tipo de apoio mais utilizado na comunidade, e os seus benefícios têm sido popularizados pelos *media* encorajando os pacientes a aderirem a estes grupos (Helgeson, Cohen, Schulz & Yasko, 2001).

## **II. Objectivos**

A presente investigação propôs-se a desenvolver um protocolo psico-educativo de grupo para mulheres sobreviventes de cancro da mama (cf. Anexo VII), e a averiguar as alterações alcançadas com a aplicação desse programa ao nível da qualidade de vida, dos sintomas psicopatológicos (sintomatologia depressiva e ansiosa, especificamente) e das estratégias de *coping*.

Esperamos encontrar resultados que corroborem a revisão da literatura, ou seja, uma diminuição dos sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade), um aumento da qualidade de vida e uma melhoria das estratégias de *coping* utilizadas.

## **III. Metodologia**

### **1. Desenho do estudo**

O estudo caracteriza-se por ser um estudo piloto de um programa psico-educativo, em que foi manipulada a variável independente (aplicação de um programa psico-educativo), em dois momentos de avaliação prospectiva: no início (pré-teste) e no final da terapia (pós-teste).

### **2. Caracterização da amostra**

A amostra é constituída por mulheres sobreviventes de cancro da mama, pertencentes à delegação de Aveiro do “Movimento Vencer e Viver”, do Núcleo Regional do Centro, da Liga Portuguesa Contra o Cancro (n=13).

As sobreviventes deram o seu consentimento informado para a participação no estudo, após os procedimentos serem nitidamente explicados e fornecido um documento escrito. Foram estabelecidos como critérios de exclusão do estudo a severa incompatibilidade com um ou mais dos membros do grupo, inaptidão para participar nas tarefas propostas, presença de perturbações psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de cancro da mama, dependência de drogas ou álcool ou perturbações orgânicas. Como não se verificou a existência de nenhum destes critérios, nenhuma das participantes foi excluída. Não foi possível, contudo, avaliar uma das participantes no final da intervenção, pelo que não foi incluída na comparação das variáveis dependentes.

A idade das mulheres que compõem a amostra oscila entre 53 e 75 anos (M=63,38; DP=6,305). Relativamente ao estado civil, 84.6% (n=11) são casadas; 7.7% (n=1) são divorciadas e



7.7% (n=1) são viúvas. Quanto à escolaridade, 46.2% (n=6) frequentaram o 3º Ciclo (7º ao 9º ano), 30.8% (n=4) têm formação universitária, 15.4% (n=2) frequentaram o ensino secundário (10-12º ano) e 7.7% (n=1) frequentaram o 1º Ciclo (1-4º ano). Em relação às categorias profissionais (utilizou-se a Classificação Nacional de Profissões do INE, de 1994), 69.2% (n=9) pertence ao pessoal administrativo e similares, 15.4% (n=2) pertence aos especialistas de profissões intelectuais e científicas, 7.7% (n=1) pertence aos quadros superiores da administração pública e empresas e 7.7% (n=1) pertence aos operários, artífices e trabalhadores similares.

Na Tabela 1, são apresentadas a média e o desvio padrão das idades da amostra, bem como a frequência e a percentagem das restantes características sociodemográficas.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas da amostra estudada

Variáveis	Sobreviventes n=13
Idade (Média, DP)	63.38 (6.305)
Min-máx	53-75
Estado Civil	
Casada [n(%)]	11 (84.6)
Divorciada [n(%)]	1 (7.7)
Viúva [n(%)]	1 (7.7)
Habilitações Literárias	
3º Ciclo (7º-9º ano) [n(%)]	6 (46.2)
Formação Universitária [n(%)]	4 (30.8)
Ensino Secundário [10º-12º Ano] [n(%)]	2 (15.4)
1 Ciclo (1º-4º ano) [n(%)]	1 (7.7)
Categoria Profissional	
Pessoal Administrativo e similares [n(%)]	9 (69.2)
Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas [n(%)]	2 (15.4)
Quadros Superiores da Administração Pública e Empresas [n(%)]	1 (7.7)
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares [n(%)]	1 (7.7)

Quanto ao grau de motivação para participar no grupo, este varia entre 1 e 5 (M=3.92; DP=1.188), pelo que podemos considerar que se verificava um grau de motivação satisfatório. No que respeita ao número de anos de diagnóstico, oscila entre os 7 e os 35 anos (M=14.15; DP=6.962). Quanto ao grau de preocupação com a recorrência de cancro da mama este varia entre 1 e 7 (M=3.77; DP=1.691). E no que concerne ao número de anos de realização da cirurgia,

estes oscilam entre os 6 e os 34 anos ( $M=13.54$ ;  $DP=6.851$ ). Na Tabela 2, encontram-se descritos os dados supracitados.

**Tabela 2.** Questões colocadas às participantes antes da aplicação do programa psico-educativo

Variáveis	Sobreviventes n=13
Grau de motivação (Média, DP)	3.92(1.188)
Nº de anos de diagnóstico (Média, DP)	14.15(6.962)
Grau de preocupação (Média, DP)	3.77(1.691)
Nº de anos de realização de cirurgia (Média, DP)	13.54(6.851)

No que diz respeito às principais características clínicas das mulheres da amostra (cf. Tabela 3), observou-se que os meios de detecção mais utilizados foram o auto-exame realizado pela própria (38.5%) e os exames de rastreio solicitados pelo médico sem detecção anterior (38.5%). Quanto ao tipo de cirurgia e de tratamento, a maioria das sobreviventes realizou mastectomia (69.2%) e quimioterapia (38.5%). De salientar ainda que a maioria realizou esvaziamento axilar (76.9%) e não teve recorrência de cancro (84.6%).

**Tabela 3.** Características clínicas do grupo de sobreviventes

	Sobreviventes n=13 n (%)
Meio de Detecção do Cancro	
Auto-exame pela própria	5 (38.5)
Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem detecção anterior)	5 (38.5)
Outro	2 (15.4)
Rastreio LPCC	1 (7.7)
Tipo de cirurgia realizada	
Mastectomia	9 (69.2)
Mastectomia dupla	2 (15.4)
Quadrantectomia	1 (7.7)
Quadrantectomia + Mastectomia	1 (7.7)
Tipo de Tratamento	
Radioterapia	3 (23.1)
Quimioterapia	5 (38.5)
Hormonoterapia	9 (69.2)

Esvaziamento Axilar	10 (76.9)
Recorrência de Cancro	2 (15.4)

---

### 3. Procedimentos

#### 3.1. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo

O protocolo de avaliação consistiu numa avaliação inicial, realizada numa sessão prévia ao início da terapia de grupo, em que foi recolhida informação sociodemográfica e clínica. Foi realizada uma segunda avaliação no final da terapia de grupo.

A bateria de avaliação psicológica compreende os seguintes instrumentos: Cancer Coping Questionnaire (CCQ), European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) e suplemento para o cancro da mama (BR23) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH).

#### Cancer Coping Questionnaire (CCQ)

O CCQ (Moorey, Frampton, Steven & Greer, 2003) é uma escala de auto-avaliação de 21 itens concebida para medir estratégias ensinadas em terapia psicológica adjuvante. As subescalas correspondem a uma subescala individual e uma subescala interpessoal. A subescala individual (itens 1-14) é constituída por 4 factores: *coping*, foco positivo, diversão e planeamento. A partir da questão 15 até à questão 21 (subescala interpessoal) só responde quem tiver parceiros (Moorey et al., 2003).

No estudo de validação original verifica-se uma consistência interna adequada, com um  $\alpha$  de Cronbach de 0.87 para a subescala individual e de 0.82 para a subescala interpessoal. O CCQ está a ser aferido para a população portuguesa por Torres, Pereira e Monteiro (2011), não havendo ainda dados acerca da validade e fidelidade.

#### EORTC QLQ- C30 e suplemento para o cancro da mama EORTC-BR23

O EORTC QLQ-C30 é um questionário desenvolvido para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes com doença oncológica. É constituído por 30 questões, quatro formulários, 29 escalas multi-item e por 5 escalas funcionais (funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel). Apresenta três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito) e uma condição global (saúde e qualidade de vida). As restantes 6 escalas de um único item relevante descrevem sintomas diferentes do cancro (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). Os itens são avaliados por uma escala de 4 níveis ("não", "um pouco", "bastante" e "muito").

A escala de qualidade de vida global é uma medida breve e geral de qualidade de vida, com alta confiabilidade interna e validade preditiva (Carver, 2005). A pontuação é padronizada e varia de 0-100, com uma pontuação mais elevada; indicando uma maior QdV.

O suplemento BR23, módulo constituído por 23 questões, cinco escalas multi-item e destina-se a pacientes em diferentes fases de cancro da mama. Pretende avaliar os sintomas da doença, efeitos colaterais sistémicos do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), sintomas do braço, sintomas mamários, imagem corporal, funcionamento sexual e perspectivas futuras.

Este questionário (e respectivo suplemento) não apresenta validação para a população portuguesa. No entanto, foi seleccionado por ser utilizado em muitos países com apenas a tradução executada pela própria EORTC.

### **Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)**

A EADH (Zigmond e Snaith, 1983; Versão Portuguesa de Pais- Ribeiro et al., 2007) é um instrumento de auto-administração de aplicação breve (2 a 5 minutos) e fiável constituído por 14 itens, utilizada na detecção da depressão e ansiedade estado em quadros clínicos (Zigmond & Snaith, 1983).

A escala de tipo Likert é composta por duas sub-escalas, ansiedade (*e.g.*, sinto-me tenso ou nervoso) e depressão (*e.g.*, perdi o interesse de cuidar do meu aspecto físico), classificadas separadamente, cada uma constituída por 7 itens, respondidas de 0 a 3 pontos. O resultado global por subescala varia de zero a vinte e um pontos. Quanto mais elevada for a pontuação final, maior é a presença de sintomatologia (Pais-Ribeiro et al., 2007). Pode ser aplicada em populações idosas, adultas e adolescentes acima dos 16 anos.

Apresenta ainda boas qualidades psicométricas, com um  $\alpha$  de Cronbach de 0.76 para a sub-escala de ansiedade e de 0.81 para a sub-escala de depressão (Pais- Ribeiro et al., 2007).

### **3.2. Instrumento de intervenção: Programa de intervenção psico-educativo**

O Programa de Intervenção Psicoeducativa com Sobreviventes de Cancro da Mama foi constituído por 8 sessões semanais consecutivas, com a duração de aproximadamente uma hora e meia, e foi conduzido por dois terapeutas. Na primeira sessão do programa foram distribuídos *dossiers* para as participantes colocarem os materiais fornecidos pelos terapeutas que as acompanharam até ao final do programa. A informação apresentada ao longo das sessões foi facultada no final do programa a todas as participantes, bem como o material auxiliar com informação sintética das sessões, incluindo instruções de exercícios específicos para mulheres que foram sujeitas a cirurgia. Foi dada ênfase ao aumento do sentimento de controlo através da resolução de problemas e do estabelecimento de objectivos de vida. Para problemas específicos apresentados pelas pacientes, o grupo ajudou a explorar soluções ou a sugerir estratégias de *coping* adequadas. Os participantes também foram instruídos nas estratégias de comunicação eficazes e foi encorajada a comunicação assertiva com amigos, familiares, profissionais de saúde e outros. As participantes foram ainda motivadas para utilizar recursos de *coping* de que dispõem, incluindo

interesses com amigos e familiares, bem como actividades de prazer. Este programa inclui ainda a familiarização com algumas estratégias cognitivo-comportamentais, como o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a análise de custo-benefício, a meditação, a comunicação assertiva e o método de resolução de problemas.

A primeira sessão consiste na apresentação do funcionamento do grupo. Nesta sessão é feita uma breve apresentação dos terapeutas, explicação das suas funções, recordação dos objectivos da intervenção, bem como explicação das regras de funcionamento. A apresentação individual de cada membro do grupo consiste na exposição do nome, algumas características gerais (idade, estado civil, ocupação), bem como, as motivações para participar no grupo. Por fim, é pedido que cada membro anote os problemas que têm surgido em diferentes fases da doença, bem como, a leitura das participações de cada membro.

A segunda sessão consiste na apresentação das causas do cancro. Esta sessão visa a promoção de um estilo de vida saudável contra o cancro; o desenvolvimento da posição de que o cancro da mama é multifactorial; a nomeação dos factores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolver cancro da mama e, por fim, o preenchimento de um questionário de auto-avaliação do estilo de vida (de comportamentos de saúde de alimentação e de protecção solar, bem como de consumo de tabaco).

A terceira sessão consiste na exposição das alterações corporais que se encontram relacionadas com os tratamentos e o impacto que estas podem ter na auto-estima da mulher. Neste sentido apresentam-se algumas sugestões no sentido de lidar com as alterações e melhorar a auto-estima. De seguida é feita uma discussão de formas de lidar com as alterações e listar soluções práticas. Por fim, são fornecidas estratégias que visam o aumento da auto-estima.

A quarta sessão consiste na abordagem das dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro. Fomenta-se a flexibilidade e a adaptação como forma de adaptação aos acontecimentos de vida. Referem-se os factores de risco para o “sofrimento psicológico” em pacientes com cancro da mama.

A quinta sessão consiste numa continuidade da quarta sessão e foca-se no método de resolução de problemas, no relaxamento, na meditação e na espiritualidade.

A sexta sessão objectiva lidar com a incerteza e com o medo de recorrência. Pois, na sequência da doença, as pessoas deparam-se frequentemente com pensamentos acerca da sua própria mortalidade, sentem medo de morrer, o que muitas vezes leva ao medo de reincidência, à tristeza e raiva de se sentir diferente dos outros. São ainda abordadas recomendações para gerir o medo de reincidência do cancro.

A sétima sessão foca-se na comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros. Num primeiro momento, aborda-se o processo geral

de comunicação; posteriormente, a comunicação acerca da doença com as pessoas próximas e, por fim, a comunicação com os profissionais de saúde.

Por último, a oitava sessão consiste na conclusão do grupo e no estabelecimento dos objectivos para o futuro. É realizada a avaliação dos objectivos pessoais, a avaliação do grupo e o preenchimento de questionários (pós-teste).

Este programa foi baseado noutros programas de intervenção psicoeducativa, em que também foram utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais (cf. Helgeson et al., 2001; Fawzy et al., 2001; Edelman, Bell, & Kifman, 1999; Dolbeault, Cayrou, Brédart, Viala, Desclaux et al., 2008).

Na tentativa de promoção de hábitos de vida saudáveis, foram utilizadas informações de vários autores que se dedicam ao estudo desta área. Utilizámos especialmente as implicações referidas por Demark-Wahnefried (2010), Guimarães, Gonçalves, Pinto, Santos, Quintela et al. (2003); Simões, Carneiro, Schmitt & Lopes (2007); Hong, Holcomb, Dang, Porampornpilas & Nunez (2010); Rosenbaum (2008); Ibipino et al. (2005) e Stevinson, Campbell, Sellar & Courneya (2007). Também fizemos alusão às sugestões reunidas por Servan-Schreiber (2008). Esta última referência foi inclusivamente facultada às participantes, por se tratar de um livro de linguagem acessível às mesmas. Por forma a lidarem com as alterações corporais relacionadas com os tratamentos e melhorarem a auto-estima, utilizámos particularmente as sugestões do programa psico-educativo de Dolbeault et al. (2008), mas diversificamos as actividades de promoção da auto-estima, com base na fundamentação teórica sobre o conceito de auto-estima contido em referências como Wells & Marwell (1976). No sentido de alertar para as dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro e com vista a aprenderem a gerir emoções foram utilizadas especialmente as implicações Lent (2007) e Bielger, Chaoul & Cohen (2009). As estratégias de resolução de problemas foram adaptadas da terapia desenvolvida para pessoas com cancro por Nezu e Nezu (2007). Foram também integradas estratégias gerais de inspiração cognitivo-comportamental. Para melhor lidarem com a incerteza e com o medo de recorrência de cancro da mama utilizámos as implicações de Armitage, Clifford, Shusterman, Steliqo, Auton et al. (2011), para além das de Dolbeault et al. (2008), em que a estrutura da sessão se baseou especialmente. No que respeita à comunicação nas relações interpessoais, foram utilizadas estratégias gerais de promoção de comportamento assertivo. Por último, para se tratar do estabelecimento de objectivos de vida, partimos do programa de Dolbeault et al. (2008).

### **3.3. Procedimentos Estatísticos**

Após a construção da base de dados, no programa estatístico SPSS (versão 19.0 do *Statistical Package for the Social Sciences*), procedeu-se à codificação das variáveis em estudo, recolheram-se os dados através da administração dos instrumentos constituintes do protocolo de

avaliação. De seguida, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, tendo sido realizadas análises descritivas e inferenciais. Desta forma, com o objectivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas e clínicas do grupo. Utilizámos um teste não paramétrico no sentido de comparar as alterações do pré para o pós-teste (o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas), devido à reduzida dimensão da amostra e, por consequência, à não normalidade da distribuição dos dados.

### 3.4. Procedimentos de Investigação

A recolha de dados da amostra teve lugar na Universidade de Aveiro, no Departamento de Educação. As sobreviventes de cancro da mama da delegação supracitada foram contactadas telefonicamente pelos investigadores a fim de serem recrutadas para entrevista com os mesmos. As entrevistas tiveram como objectivo explicar as regras de funcionamento do grupo psico-educativo, avaliar os critérios de exclusão, bem como perceber a disponibilidade de cada uma para participar no grupo psico-educativo. Na entrevista foram preenchidos o consentimento informado, a ficha de dados sociodemográficos e clínicos, bem como, os questionários relativos ao pré-teste. Foram ainda fornecidas as instruções de preenchimento dos questionários e esclarecidas quaisquer dúvidas relacionadas com estes.

## IV. Resultados

Nesta parte, num primeiro momento, vamos fazer referência às necessidades sentidas pelas participantes (cf. Tabelas 4, 5 e 6) e, de seguida, serão apresentados os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, quanto às variáveis dependentes estudadas (estratégias de *coping*; psicopatologia e QdV) (cf. Tabelas 7,8 e 9).

Podemos constatar que as maiores dificuldades sentidas pela nossa amostra aquando a vivência de cancro da mama foram, a realização de mastectomia (38,46%), seguida pelo tratamento de quimioterapia (30.77%).

**Tabela 4.** Problemas mais difíceis de lidar relacionados com o cancro

	Percentagem de respostas (%)
Mastectomia	38.46
Quimioterapia	30.77
Alopecia	23.08
Impacto de diagnóstico	23.08
Preocupação com a família	23.08
Primeiro contacto coma perda da mama	15.38
Cancro em familiares	7.69
Possível mastectomia	7.69

Avaliação dos inimigos	7.69
Alteração de projectos de vida	7.69

No que respeita aos desejos relacionados com as preocupações ligadas à doença, a maioria referiu desejar a não recorrência de cancro (23.08%).

**Tabela 5.** Desejos relacionados com o cancro actuais

	Percentagem de respostas (%)
Não recorrência	23.08
Saúde familiar e outros	15.38
Melhorar a reconstrução	15.38
Capacidade de adaptação dos outros ao cancro	15.38
Melhorar a aparência	7.69
Ausência de problemas da reconstrução	7.69
Saúde própria	7.69

Quando confrontadas com as coisas que gostariam de melhorar na sua forma de lidar com o cancro da mama e com os problemas causados pelo mesmo, a maioria nomeou a questão de lidar com a hipótese de recaída (23.08%).

**Tabela 6.** Coisas que ainda gostariam de melhorar na sua forma de lidar com o cancro da mama e com os problemas causados pelo mesmo.

	Percentagem de respostas (%)
Lidar com a hipótese de recaída	23.08
Lidar com a estética	15.38
Diminuir os factores de risco	7.69

Em relação às variáveis dependentes estudadas (estratégias de *coping*, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida), apresentamos os resultados nas Tabela 7, 8 e 9.



**Tabela 7.** Média e desvio padrão relativos às estratégias de *coping*

	Sobreviventes n=13 Média (DP)
CCQ_T_Ind	37.31 (4.328)
CCQ_T_Interp	15.73 (7.143)
CCQ_coping	10.23 (2.421)
CCQ_positivefocus	9.08 (1.038)
CCQ_diversion	7.85 (1.573)
CCQ_planning	10.15 (1.519)

Quanto às estratégias de *coping* verifica-se um valor médio superior a nível individual (M= 37.31, DP= 4.328) (cf. Tabela 7).

Ao nível dos sintomas psicopatológicos podemos observar que a ansiedade (M=7.63, DP=3.021) apresenta um valor médio superior à depressão (M= 5.15, DP=3.021), que, segundo o manual de utilização, se situa acima do intervalo normativo de ansiedade, indicando ansiedade de gravidade média (cf. Tabela 8).

**Tabela 8.** Média e desvio padrão relativos aos sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão)

	Sobreviventes n=13 Média (DP)
Ansiedade	7.63 (3.021)
Depressão	5.15 (1.994)

Quanto à qualidade de vida, o funcionamento social é o factor que apresenta o valor médio mais elevado (M= 96.15, DP=9.99), seguido pela imagem corporal (M=89.74, DP=18.99) (cf. Tabela 9).

**Tabela 9.** Média e desvio padrão relativos à qualidade de vida

	Sobreviventes n=13 Média (DP)
Estado geral de saúde	65.38(17.30)
Qualidade de vida	69.23(16.45)
Função física	80.51(9.99)
Função do cargo/papel	80.77(28.74)

Função emocional	77.56(19.66)
Função cognitiva	83.33(15.21)
Função social	96.15(9.99)
Fadiga	17.95(17.30)
Náusea e vômito	0.00(0.00)
Dor	23.08(21.01)
Dispneia	5.13(12.52)
Insónia	28.21(35.61)
Perda do apetite	12.82(28.99)
Obstipação	5.13(12.52)
Diarreia	5.13(12.52)
Dificuldades financeiras	10.26(28.50)
Imagem corporal	89.74(18.99)
Função sexual	19.23(20.24)
Satisfação sexual	47.62(17.82)
Perspectivas futuras	76.92(16.01)
Efeitos colaterais da terapia	20.15(14.82)
Sintomas da mama	2.56(6.26)
Incómodo queda cabelo	33.33(47.14)

Com o objectivo de verificar as alterações ao nível da qualidade de vida, dos sintomas psicopatológicos e das estratégias de *coping*, alcançadas com a aplicação de um programa psico-educativo desenvolvido, aplicou-se o teste de wilcoxon para amostras emparelhadas. Nas Tabela 10 e 11 apresentamos os resultados obtidos, a par do nível de significância obtido e da mediana obtida em cada momento da avaliação (mediana, T e p).

**Tabela 10.** Comparações dos resultados do *coping* nos dois momentos de avaliação

	Sobreviventes n=12			
	Pré (Mdn)	Pós (Mdn)	T	p
CCQ_T_Ind	(37)	(36.5)	0	.580
CCQ_T_Interp	(14)	(12)	0	.126
CCQ_coping	(10)	(10)	0	.723
CCQ_positive focus	(9)	(9)	3	.952
CCQ_diversion	(8)	(8)	1	.680
CCQ_planning	(10)	(9)	3	.170

Quanto às estratégias de *coping*, podemos verificar que não houve diferenças significativas do pré para o pós teste (cf. Tabela 10).

**Tabela 11.** Comparações dos resultados dos sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) nos dois momentos de avaliação

	Sobreviventes n=12			
	Pré (Mdn)	Pós (Mdn)	T	p
Ansiedade	(7)	(3.5)	0	.063
Depressão	(5)	(4.5)	2	.112

Ao nível dos sintomas psicopatológicos também não houve diferenças estatisticamente significativas assinalar (cf. Tabela 11). Ainda assim, destacamos a redução da ansiedade do primeiro momento (Mdn= 7) para o segundo momento (Mdn= 3.5) com um valor de significância ( $p=.063$ ) próximo do limiar requerido ( $p=.05$ ). De igual modo, verificámos uma redução da depressão do pré-teste (Mdn= 5) para o pós-teste (Mdn= 4.5).

No que respeita às facetas da QdV (cf. Tabela 12), não há diferenças estatisticamente significativas a assinalar. De qualquer forma, destaca-se o aumento ao nível do funcionamento físico do pré (Mdn= 80) para o pós teste (Mdn= 86.66); o aumento ao nível do funcionamento emocional do pré (Mdn= 83.33) para o pós teste (Mdn= 87.50); o aumento ao nível do funcionamento cognitivo do pré (Mdn= 83.33) para o pós teste (Mdn= 100); e a diminuição do primeiro (Mdn= 22.22) para o segundo momento (Mdn= 11.11) ao nível da fadiga.

**Tabela 12.** Comparações dos resultados da QdV nos dois momentos de avaliação

	Sobreviventes n=12			
	Pré (Mdn)	Pós (Mdn)	T	p
Estado Geral de saúde	(66.6)	(66.66)	1	1
Qualidade de Vida	(66.6)	(66.66)	3	1
Função física	(80)	(86.66)	3	.305
Função do papel	(100)	(100)	0	.066
Função emocional	(83.33)	(87.50)	3	.339
Função cognitiva	(83.33)	(100)	1	.129
Função social	(100)	(100)	0	.180
Fadiga	(22.2)	(11.11)	1	.129
Náusea e vômito	(0)	(0)	0	.180
Dor	(16.66)	(16.66)	3	.426
Dispneia	(0)	(0)	1	.564
Insónia	(33.33)	(0)	3	.726
Perda do apetite	(0)	(0)	1	.257
Obstipação	(0)	(0)	2	.655
Diarreia	(0)	(0)	1	1
Dificuldades financeiras	(0)	(0)	0	.317
Imagem corporal	(100)	(100)	2	.279
Função sexual	(33.3)	(33.33)	1	.257
Satisfação sexual	(33.3)	(33.33)	0	.317
Perspectivas futuras	(66.66)	(66.66)	0	.063
Efeitos colaterais da	(14.29)	(11.90)	2	.136

terapia				
Sintomas da mama	(0)	(8.33)	1	.187
Incómodo queda cabelo	(16.6)	(0)	0	1

## V. Discussão

Nos últimos anos, têm vindo a ser efectuados estudos e progressos técnico-científicos, nas diferentes áreas multidisciplinares, no âmbito da sobrevivência ao cancro da mama. Contudo, este trabalho árduo está apenas no início: muito mais tem que ser aprendido, desenvolvido e disseminado, nas famílias, técnicos de saúde e sobreviventes.

Com o presente estudo, constatámos que a realização de mastectomia e a quimioterapia são percebidas como as maiores dificuldades sentidas pelas sobreviventes. Estes resultados corroboram outros estudos que indicam que os procedimentos cirúrgicos, muitas vezes mutiladores, geram alterações no esquema corporal e diversas necessidades de adaptação (Carvalho et al., 2008).

No que respeita às preocupações ligadas à doença, a maioria referiu o desejo de não recorrência de cancro. Quando confrontadas com o que gostariam de melhorar na sua forma de lidar com o cancro da mama e com os problemas causados pelo mesmo, a maioria nomeou o lidar com a hipótese de recaída. A recorrência de cancro e o re-tratamento são referidos por alguns autores, como Petticrew et al. (2002), como uma fase em que a mulher sofre um grande choque e descrença, negação total ou parcial, ansiedade, raiva e depressão.

Na análise das comparações dos resultados das estratégias de *coping* nos dois momentos de avaliação (pré e pós-teste), não foram encontradas diferenças significativas, levando-nos a concluir que o objectivo de investigação a este respeito não foi confirmado. Desta forma, estes resultados não estão de acordo, por exemplo com o estudo de Petticrew et al. (2002), que referem que a terapia de grupo aumenta a utilização das estratégias de *coping*.

Relativamente aos sintomas psicopatológicos, observamos uma redução da ansiedade para o segundo momento, bem como uma melhoria ao nível da sintomatologia depressiva, ainda que nenhuma destas diferenças tenha sido significativa. Assim sendo, verifica-se uma tendência de consonância com os estudos de Barsevick et al. (2002), que apontam o reconhecimento da psico-educação como eficaz na redução da sintomatologia depressiva, e de Hosaka (1996) (cit. in. Fawzy et al., 2001) na diminuição das perturbações de humor após a intervenção.

No que concerne à QdV geral, não se verificaram diferenças comparando os dois momentos da avaliação, levando-nos a concluir que este objectivo de investigação também não foi confirmado. Os resultados não corroboram as conclusões dos estudos de Floyd e Moyer (2009), que indicam que a intervenção psico-educativa melhora a QdV dos sobreviventes, nem de Gottlieb

e Wachala (2007), que verificaram que estas intervenções têm efeitos positivos e que melhoram quase todos os aspectos da QdV.

No que respeita às facetas da QdV, constatou-se um aumento (ainda que não significativo) ao nível do funcionamento físico e emocional, estando de acordo com a literatura (Bultz et al., 2000; Helgeson et al., 1999; Pruitt et al., 1993; Anderson et al., 2004) e providenciando algum suporte para a eficácia das intervenções psico-educacionais na melhoria destas dimensões. Outro aumento, não significativo, verificado foi a nível da função cognitiva.

Ao nível da fadiga, verificou-se uma diminuição desta faceta do primeiro para o segundo momento da avaliação. Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados pelo estudo de Hosaka (1996) (cit. in. Fawzy et al., 2001).

O presente estudo revela-se útil na medida em que introduz um programa psico-educativo, com resultados que não indicam perdas para as sobreviventes de cancro da mama e que demonstram tendências de obtenção de ganhos terapêuticos a nível da sintomatologia psicopatológica e de qualidade de vida.

Além disso, chama a atenção para a existência de psicopatologia associada à fase de sobrevivência, que não deve ser ignorada, podendo ser uma das causas de deterioração da saúde do doente e da sua qualidade de vida. A implementação de medidas de prevenção pode passar, principalmente pela psicoeducação das sobreviventes, nomeadamente ao nível das estratégias de *coping*, factores psicopatológicos e QdV.

De referir, ainda, que o facto do grupo de sobreviventes de cancro da mama ser bastante homogéneo, sendo que a maioria das mulheres foi submetida a mastectomia, realizou esvaziamento dos gânglios linfáticos, recebeu quimioterapia e radioterapia, fez hormonoterapia e não teve recorrência da doença, potencia a fidelidade dos resultados obtidos com a psicoterapia.

Acreditamos que o tamanho da amostra ser reduzido tenha condicionado a obtenção de resultados estatisticamente significativos, pelo que sugerimos a replicação do estudo com mais grupos de sobreviventes de cancro da mama, ou seja, com uma amostra mais representativa.

A maior parte das limitações deste estudo prendem-se com questões metodológicas, que justificam alguns cuidados na interpretação dos resultados obtidos.

Duas das escalas utilizadas (CCQ e EORTC QLQ-C30 e suplemento BR23) não se encontram ainda devidamente validadas para a população portuguesa, não havendo dados normativos disponíveis.

A própria amostra tinha uma dimensão reduzida, o que dificultou a normalização e consequente utilização de testes paramétricos para a obtenção de dados quanto à validade, fidelidade e precisão. Além disso, a sua recolha não foi realizada de forma aleatória, estando dependente da disponibilidade das mulheres abordadas (amostra por conveniência). Este aspecto

coloca em causa a representatividade da amostra, condicionando a generalização de alguns resultados.

Em vários países estão a emergir múltiplas investigações na área da sobrevivência ao cancro. Os estudos epidemiológicos neste domínio dão-nos a indicação de que o número de sobreviventes está a aumentar, e que é possível esperar uma subida contínua num futuro próximo. Assim, torna-se pertinente o desenvolvimento de estimativas mais exactas de sobrevivência de acordo com o tipo de cancro, idade, sexo e etnia. Além disso, é necessário desenvolver e validar instrumentos ou medidas de severidade da sintomatologia nos pacientes, para que sejam desenvolvidas intervenções mais eficazes nestes grupos.

Será importante desenvolver estudos que recolham dados compreensivos e representativos sobre os problemas actuais dos sobreviventes (*e.g.* padrões de ocorrência, tempo de persistência, recorrência), e evidências baseadas em estudos de caso que captem genuinamente as fases naturais da sobrevivência através da observação da história natural do doente (*e.g.* factores biológicos, psicológicos e funcionais), com vista à maior adequação possível das estratégias de intervenção.

Existe ainda a necessidade de investigação sistemática para operacionalização de factores de risco como a fadiga, dor, limitações cognitivas, bem-estar geral, depressão, *stress*, QdV, comportamentos de saúde e adaptação à experiência, bem como de medidas que avaliem as preocupações dos doentes sobreviventes e que interferem com a sua QdV.

Torna-se pertinente treinar grupos multidisciplinares de profissionais de saúde, através da realização de *workshops*, seminários, cursos de formação ou até de *websites* com informação fidedigna. A criação de unidades inovadoras e estruturadas de prestação de serviços exclusivamente para sobreviventes poderia facilitar o acesso a cuidados médicos, psicoterapias e a modos únicos de lidar com a experiência da fase pós-doença.

Para concluir, é de crucial importância o desenvolvimento de métodos de reinserção dos sobreviventes na sociedade (*e.g.* conhecer os desafios para implementar políticas, desenvolver métodos de redução da fadiga e aumento das capacidades cognitivas, e compreender os factores de risco de recaída ou dos indutores de *stress* familiar).

Apesar das limitações metodológicas referidas, podemos concluir que este estudo cumpriu os seus principais objectivos, por não rebater os resultados encontrados na literatura (*e.g.*, Floyd & Moyer, 2009; Helgeson et al., 1999; Petticrew et al., 2002).

## VI. Referências

- Almanza-Muñoz, J. & Holland, J. (2000). Psicooncologia: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerologia*, 46(3), 196-203.
- Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas*. Dissertação de doutoramento não publicada em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar.
- Anderson, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, M., Glaser, R., Emery, C., Crespin, T. et al. (2004). III Psychological, behavioral and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(17), 3570-3580.
- APA Help Center (2004). *Breast cancer: how your mind can help your body*. Washington: American Psychological Association.
- Armitage, D., Clifford, C., Shusterman, L., Steliqo, K., Auton, J. & Schockney, L. (2010). *Anxiety When Treatment Stops*. Acedido em 20 de Dezembro de 2010, em [www.thebreastcaresite.com/tbcs/InTreatment/Chemotherapy/AnxietyWhenTreatmentStops.htm](http://www.thebreastcaresite.com/tbcs/InTreatment/Chemotherapy/AnxietyWhenTreatmentStops.htm).
- Baltar, M., Ribeiro, J., Lopes, I., Torres, A. & Lourenço, C. (2001). Respostas emocionais, qualidade de vida e estratégias de *coping* para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico. *Psicologia: teoria e prática*, 2, 285-300.
- Barsevick, A., Sweeney, C., Haney, E. et al. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, 73-84.
- Bielger, K., Chaoul, M., Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncologica*, 48, 18-26.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M. & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.
- Bloom, J., Kang, S., Petersen, D. & Stewart, S. (2007). Quality of life in long-term cancer survivors. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 43-65). Bethesda: Springer.
- Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L., Gaston-Johansson, F. (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 180-189.
- Bultz, B., Specia, M., Brasher, P., Geggie, P. & Page, S. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9, 303-313.

- Campos-Outcalt, D. (2002). *Problemas frequentes em cuidados de saúde preventivos*. Lisboa: Mcgraw-Hill.
- Carvalho, V., Franco, M., Kovács, M., Liberato, R., Macieira, R. et al. (2008). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Carver, C. (2005). Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Interscience*, 104(11), 2602-2607.
- Classen, C. et al. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 494-501.
- Climent, M. (2009). *Estúdio del gânglio centinela en el câncer de mama*. Dissertação de Doutorado não publicada em Odontologia, apresentada à Universidade de Valência.
- Cordova, M., Cunningham, C., Carlson, C. & Andrykowaki, M. (2001). Posttraumatic growth following breast câncer. A controlled comparion study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Crane, R. (2000). Cancro da mama. In Otto (Ed.). *Enfermagem em Oncologia*, (89-118). Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.
- Davim, R., Torres, G., Cabral, M., Lima, V. & Souza, M. (2003). Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 21-27.
- Demark-Wahnefried, W. (2010). Changing health behaviors after treatment. In Holland, C., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M. & McCorkle, R. (Eds) *Psycho-oncology* (2<sup>nd</sup> Ed). New York: Oxford University Press.
- Derogatis, L. et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751-757.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A., Desclaux, B et al. (2008). The effectiveness of psychoeducational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Interscience*.
- Edelman, S., Bell, D. & Kidman, A. (1999). A group cognitive behavior therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 295-305.
- Fawzy, I. & Fawzy, N. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16 (3), 149-192.
- Fawzy, F., Fawzy, N. & Canada, A. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In Baum, A., Andersen, B. (Eds). *Psychosocial Interventions For cancer*. (pp. 235-267). Washington: American Psychological Association.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P. & Parkin, D. (2004). *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and prevalence Worldwide*. Lyon: IARC CancerBase N° 5, versão 2.0, IARC Press.



- Ferlay, J. et al. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592.
- Feuerstein, M. (2007). *Handbook of cancer survivorship*. Bethesda: Springer.
- Figueiredo, A., Ferreira, L. & Figueiredo, P. (2001). Impacto psicossocial do cancro da mama. *Enfermagem Oncológica*, 17, 22-27.
- Floyd, A. & Moyer, A. (2009). Group vs. individual exercise interventions for women with breast cancer: a meta- analysis. *Health Psychology*, 4(1), 22–41.
- Gottlieb, B. & Wachala, E. (2007). Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology*, 16, 379–400.
- Guimarães, A. et al. (2003). *Guia de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Helgeson, V. & Cohen S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*, 16(2), 135-148.
- Helgeson, V., Cohen, S., Schultz, R. & Yasko, J. (2001). Group support interventions for people with cancer: benefits hazards. A. Baum & B. Andersen (Eds.). *Psychosocial Interventions for cancer* (pp. 269-286). Washington: American Psychological Association.
- Hong, J., Holcomb, V., Dang, F., Porampornpilas, K., Nunez, N. (2010). Alcohol consumption, obesity, estrogen treatment and breast cancer. *Anticancer Research*, 30, 1-8.
- Hosaka, T. (1996). A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 59-65.
- Ibipino, G., Yamaguchi, N., Silva, L., Laganá, M., Monteiro, A., Valentim, P., Vasconcelos, E., & Froes, N. (2005). *Manual do paciente com câncer: Educando para ter saúde*. Napacan.
- Kornblith, A. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors . In J. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.
- Lent, R. (2007). Restoring emotional well-being: a theoretical model. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 231-247). Bethesda (USA): Springer.
- Lotti, R., Barra, A., Dias, R. & Makluf, A. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371.
- Maia, L. & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. *Portal dos Psicólogos*, 1-34.
- Makluf, A., Dias, R. & Barra, A. (2005). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.

- Meirelles, M., Kebbe, L., Ferreira, C., Panobianco, M. & Gomes, F. (2003). Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *Revista Enfermagem UERJ*, 11, 292-295.
- Mols, F., Vingerhoets, A., Coebergh, J. & Poll-Franse, L. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 41(17), 2613-2619.
- Moorey, S., Frampton, M. & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psycho-Oncology*, 12, 331-344.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Nezu, A. & Nezu, C. (2007). Psychological distress, depression and anxiety. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 323-327). Bethesda: Springer.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M.Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. et al. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(4), 53-73.
- Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrent in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 9, 1-10.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pruitt, B., Waligora-Serafin, B., McMahon, T., Byrd, G., Besselman, L. et al. (1993). Educational intervention for newlydiagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2, 55-62.
- Quevauvilliers, J. & Perlemuter, L. (2003). *Dicionário Ilustrado de Medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Ramos, A. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Rebello, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & doenças*, 8(1), 13-32.
- Ribeiro, P. (1998). *Psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rosenbaum, E. (2008). Alcohol and cancer survivors. Acedido em 2 de Dezembro de 2010, em <http://www.cancersupportivecare.com/Survivor/alcohol.html>.

- Rowland, J. (1989). Developmental stage and adaptation. In C. Holland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 25-43). New York: Oxford University Press.
- Servan- Schreiber, D. (2008). Anticâncer: um novo estilo de vida. Lisboa: Caderno.
- Simões, S., Carneiro, F., Schmitt, F., & Lopes, J. (2007). *Câncer*. Porto: Quidnovi.
- Spencer, S. et al. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well- being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18(2), 159-168.
- Šprah, L. & Šoštarčič, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiology and Oncology*, 38(1), 35-42.
- Stanton, A. (2010). Positive consequences of the experience of cancer: perceptions of growth and meaning. In Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M. & McCorkle, R. (Eds). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Stevenson, C., Campbell, K., Sellar, C. & Courneya, K. (2007). Physical activity for cancer survivors. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 249-258). Bethesda: Springer.
- Tavares, J. & Trad, L. (2005). Metáforas e significados do câncer da mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Caderno Saúde Pública*, 21 (2), 426-435.
- Thuler, L. (2003) Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 227-238.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S. (2011). Estudo das propriedades psicométricas do Cancer Coping Questionnaire. Manuscrito submetido para publicação.
- Turner, J., McAvoy, B. & Luxford, K. (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. *National Breast Cancer Center*, 33, 1-120.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com câncer da mama. *Análise Psicológica*, 3(15), 479-488.
- Venâncio, J. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Wells, L. & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: its conceptualization and measurement*. London: Sage.
- White, A. & Macleod, U. (2002). ABC of psychological medicine: cancer. *British Medical Journal*, 325, 377-380.
- Zigmond, P. & Snaith, P. (1983). The hospital and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.



## **Anexos**

## Anexo I – Formulário de Consentimento

A terapia de grupo a iniciar tem como objectivo ensinar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais a mulheres que passaram pela experiência do cancro da mama.

Serão debatidos assuntos como as causas e o significado do cancro, as alterações corporais relacionadas com os tratamentos, o impacto da doença e do tratamento na auto-estima, o lidar com a incerteza, o relacionamento com o parceiro, com a família e com os profissionais de saúde, bem como, os objectivos pessoais para o futuro, entre outros. Serão ensinadas e praticadas estratégias como a identificação de pensamentos, o treino de relaxamento e o método de resolução de problemas.

As participantes no estudo vão ser solicitadas a participar na discussão dos vários assuntos debatidos, sem nunca serem obrigadas a fazê-lo. Existirão 8 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos aproximadamente. Não será permitida a entrada de pessoas novas depois do início do grupo e será desejável para o bom funcionamento do grupo que as participantes compareçam a todas as sessões e que permaneçam até ao final de cada sessão. De uma sessão para a seguinte será pedida a realização de uma tarefa simples, que parte da reflexão do assunto a tratar na sessão seguinte e consiste no registo “à mão” numa folha de um caderno que será facultado a todas as participantes.

Durante o grupo os psicólogos não poderão fazer o acompanhamento psicológico individual de nenhuma das participantes, mas poderão ser abordados para falar individualmente de algum problema que tenha acontecido no grupo.

Se alguma das participantes iniciar acompanhamento psicológico fora do grupo de apoio deve participá-lo aos psicólogos que acompanham o grupo. Não haverá qualquer inconveniente nisso, contudo é importante o conhecimento dessa alteração.

Os psicólogos e as participantes comprometem-se a preservar o anonimato e a confidencialidade das informações partilhadas no grupo.

A realização da terapia do grupo e os dados recolhidos através dos questionários preenchidos também serão utilizados no trabalho de doutoramento da Psicóloga Ana Carla Seabra Torres Pires, que garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.

Refere-se ainda que têm sido realizados vários estudos de terapia de grupo e nenhum tem sugerido qualquer risco ou prejuízo para as participantes.

Ass: \_\_\_\_\_

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.**

*- Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pela psicóloga que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar esta solicitação a qualquer momento, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Desejo colaborar no estudo de doutoramento da psicóloga Ana Carla Seabra Torres Pires, que decorrerá na Liga Portuguesa contra o Cancro da Delegação da Região Centro.*

\_\_\_\_\_(localidade), \_\_/\_\_/\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Assinatura   X   \_\_\_\_\_

## Anexo II – Questionário Inicial



### Questionário Inicial

Nome \_\_\_\_\_ Idade

Estado Civil \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Situação Profissional \_\_\_\_\_

Telefone / Telemóvel \_\_\_\_\_

Data de Diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MEIO DE DETECÇÃO	Auto-exame (palpação) da mama / detecção feita pela própria	
	Exame (palpação) realizado pelo médico numa consulta de rotina	
	Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem detecção de nódulo na palpação)	
	Rastreio da LPCC	
	Outro:	

TRATAMENTOS REALIZADOS	TRATAMENTOS A REALIZAR
<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares	<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares
<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões ____)	<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões ____)
<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos ____)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos ____)
<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:
<input type="checkbox"/> Imunoterapia	<input type="checkbox"/> Imunoterapia
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Nenhum

I

Diga-nos quais foram os problemas relacionados com o cancro da mama mais difíceis de lidar para si?

---

---

---

---

Imagine que podia escolher 3 desejos relacionados com as preocupações ligadas à sua doença, quais é que pedia actualmente?

---

---

---

Quais são as coisas que ainda gostaria de melhorar na sua forma de lidar com o cancro da mama e com os problemas causados por ele?

---

---

---



### Anexo III- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)

#### EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objectivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

## Anexo IV- Cancer Coping Questionnaire (CCQ)

### CCQ

As pessoas têm muitas formas de lidar com o stress que o cancro lhes causa. Qual a intensidade do stress que sentiu durante a última semana?

Muito Stress	Stress Moderado	Pouco Stress	Nenhum Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir encontra uma lista de vários métodos para lidar com o cancro. Pense como tem lidado com a sua doença na última semana e seleccione a frequência com que tem utilizado cada método mencionado. Ninguém utiliza todas as formas mencionadas, mas todas as pessoas utilizam algumas delas. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respirar lenta e profundamente para lidar com a ansiedade?	4	3	2	1
3. Distraiu-se de pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
4. Lembrou-se que as dores podem ser causadas por outras coisas sem ser o alastrar do cancro?	4	3	2	1
5. Listou as prioridades para a semana de modo a deixar feitas as coisas importantes?	4	3	2	1
6. Parou para reflectir acerca da relatividade da gravidade da doença?	4	3	2	1
7. Observou quais são os seus pontos fortes para lidar com o cancro?	4	3	2	1
8. Lidou com a frustração canalizando-a para outras coisas (por exemplo, actividade física como tratar da casa ou jardinagem)?	4	3	2	1
9. Recordou-se a si próprio das coisas que tem na vida para além do cancro?	4	3	2	1
10. Organizou o seu dia de forma a desfrutar dele independentemente do cancro?	4	3	2	1
11. Treinou o relaxamento?	4	3	2	1
12. Deu resposta a pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
13. Planeou o seu dia e envolveu-se em actividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspectos positivos da sua vida?	4	3	2	1

Se tem um relacionamento com alguém, pense em como você e o seu companheiro(a) têm lidado com o cancro esta semana. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
15. Envolveu o seu companheiro numa actividade que a ajuda a lidar com o cancro?	4	3	2	1
16. Falou com o seu companheiro acerca do impacto do cancro nas suas vidas?	4	3	2	1
17. Perguntou ao seu companheiro o que ele pensa em vez de imaginar o que ele pensa?	4	3	2	1
18. Tentou ver o cancro como um desafio que têm de enfrentar juntos?	4	3	2	1
19. Analisou como o seu companheiro a pode apoiar?	4	3	2	1
20. Falou com o seu companheiro sobre como pode organizar as coisas para não sentir tanta pressão (por exemplo, mudar quem faz as tarefas domésticas)?	4	3	2	1
21. Pensou em como o cancro vos tem aproximado?	4	3	2	1

## Anexo V- EORTC QLQ- C30

### EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana :</b>				
	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

## Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua sãde em geral durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Pessima

Optima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Pessima

Optima

## Anexo VI- EORTC QLQ-BR23



### EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

<b>Durante a semana passada:</b>		<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
31.	Sentiu-secura na boca?	1	2	3	4
32.	A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33.	Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34.	Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35.	Se responde a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36.	Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37.	Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38.	Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39.	Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
40.	Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41.	Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, mas?	1	2	3	4
42.	Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43.	Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
<b>Durante as últimas quatro semanas:</b>		<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
44.	Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45.	Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46.	Se responde a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:		Não	Um pouco	Bastante	Muito
47.	Tere dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48.	Tere o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49.	Tere dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50.	Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51.	A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52.	Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53.	Tere problemas de pele na área ou a volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

## **Anexo VII – Programa de Intervenção com Sobreviventes de cancro da Mama**

### **Programa de Intervenção com Sobreviventes de Cancro da Mama**

#### **Sessão 1: Apresentação do funcionamento do grupo**

##### **1. Apresentação (15 minutos)**

- apresentação breve dos terapeutas
- explicação das suas funções
- recordação dos objectivos da intervenção
- explicação das regras de funcionamento:
  1. Garantia da Confidencialidade (a experiência pode ser partilhada fora do grupo, mas preservando o anonimato);
  2. Participação Anónima (cada um é indicado pelo seu primeiro nome);
  3. Descrição em relação aos médicos e aos outros técnicos de saúde (não é permitido nomear nenhum cuidador)
  4. Devem informar se iniciarem sessões de ajuda psicológica exterior ao grupo
  5. Princípio básico de implicação sincera na terapia (motivação, falar em seu nome, participar pessoalmente, vir a todas as sessões, ficar até à sessão de relaxamento)
  6. Princípio básico de cada uma falar na sua vez, sem interromper as outras
  7. Falar nas datas de realização do grupo: 8 sessões semanais.

##### **2. Apresentação individual (3 minutos cada elemento)**

- Apresentação individual de cada membro do grupo: nome, algumas características gerais (idade, estado civil, ocupação) e as motivações para participar no grupo
- Breve actividade de demonstração de características comuns ao grupo

##### **3. Evocação dos problemas encontrados durante a doença (45 minutos)**

*“Lembrem-se que têm partilhado uma experiência fora do comum”*

- Pedir para anotar os problemas encontrados em diferentes épocas da doença (doença, tratamentos, no dia de hoje);
- Leitura das participações das doentes organizando em colunas de classificação tendo como base os temas das sessões.

○ **Sessão 2:** As causas do cancro: promoção de um estilo de vida contra o cancro

○ **Sessão 3:** Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na auto-estima: como lidar com as alterações e melhorar a auto-estima

- **Sessão 4:** As dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro: aprender a gerir as emoções
- **Sessão 5:** Método de Resolução de Problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade
- **Sessão 6:** Lidar com a incerteza e com o medo de recorrência
- **Sessão 7:** A comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros
- **Sessão 8:** Conclusão do grupo e objectivos para o futuro

## **Sessão 2: As causas do cancro: promoção de um estilo de vida contra o cancro**

### **- Lista de respostas para a pergunta: “Por que é que eu tive cancro?” (10 min)**

As hormonas	O tratamento de substituição hormonal
O stress	A alimentação
Os antecedentes familiares	O estilo de vida
A personalidade	A poluição
Não ter tido filhos	A amamentação
O álcool	O tabaco

Desenvolver a posição de que o cancro da mama é multifactorial (factores da genética, do impacto hormonal, do estilo de vida, etc). Cientificamente não há nenhuma evidência de que factores psicológicos, como stress ou a não expressão das emoções negativas tenham um papel importante no aparecimento e na evolução da doença.

## **I - Apresentação dos factores de risco para cancro de mama, enfatizando o carácter multifactorial do problema (5min)**

### **Factores de risco**

Os factores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolver cancro da mama incluem:

**Idade:** a possibilidade de ter cancro da mama aumenta com o aumento da idade; uma mulher com mais de 60 anos apresenta maior risco. O cancro da mama é menos comum antes da menopausa.

**História pessoal de cancro da mama:** uma mulher que já tenha tido cancro da mama (numa mama), tem maior risco de ter a doença na outra mama.

**História familiar:** o risco de uma mulher ter cancro da mama está aumentado se houver história familiar de cancro da mama, ou seja, se a sua mãe, tia ou irmã tiveram cancro da mama, especialmente



em idades mais jovens (antes dos 40 anos); ter outros familiares com cancro da mama, do lado materno ou paterno da família pode, também, aumentar o risco.

**Algumas alterações da mama:** algumas mulheres, apresentam células mamárias que parecem anormais, quando vistas ao microscópio; ter determinado tipo de células anormais, como sejam a hiperplasia atípica ou o carcinoma lobular in- situ, aumenta o risco de cancro da mama.

**Alterações genéticas:** alterações em certos genes (BRCA1, BRCA2, entre outros) aumentam o risco de cancro da mama; em famílias onde muitas mulheres tiveram a doença, os testes genéticos podem, por vezes, demonstrar a presença de alterações genéticas específicas. Assim sendo, em mulheres que apresentem estas alterações genéticas, podem ser sugeridas medidas para tentar reduzir o risco de cancro da mama e melhorar a detecção precoce da doença.

**Primeira gravidez depois dos 31 anos.**

**História menstrual longa:** mulheres que tiveram a primeira menstruação em idade precoce (antes dos 12 anos de idade), tiveram uma menopausa tardia (após os 55 anos) ou que nunca tiveram filhos (nuliparidade), apresentam um risco aumentado.

**Terapêutica hormonal de substituição:** mulheres que tomam terapêutica hormonal para a menopausa (apenas com estrogénios ou estrogénios e progesterona), durante 5 ou mais anos após a menopausa parecem, também, apresentar maior possibilidade de desenvolver cancro da mama, ainda que este factor não esteja comprovado.

**Raça:** o cancro da mama ocorre com maior frequência em mulheres Caucasianas (brancas), comparativamente a mulheres Latinas, Asiáticas ou Afro-Americanas.

**Radioterapia na região peitoral:** mulheres que tenham feito radioterapia na região peitoral, incluindo as mamas, antes dos 30 anos, apresentam um risco aumentado para cancro da mama; esta situação inclui mulheres com linfoma de Hodgkin que foram tratadas com radiação (estudos publicados demonstram que, quanto mais nova era a mulher, na altura dos tratamentos com radioterapia, mais elevado é o risco de vir a ter cancro da mama).

**Densidade da mama:** mulheres com idade mais avançada que apresentam, essencialmente, tecido denso (não gordo) numa mamografia (raio-X da mama), têm risco aumentado para cancro da mama.

**Obesidade depois da menopausa:** mulheres obesas, após a menopausa, apresentam um risco aumentado de desenvolver cancro da mama. A obesidade está relacionada com uma proporção anormalmente elevada de gordura corporal; tendo em conta que o corpo produz alguns estrogénios (hormona feminina) no tecido gordo é, assim, mais provável que as mulheres obesas apresentem níveis elevados de estrogénios e, conseqüentemente, risco aumentado para cancro da mama. Alguns estudos demonstram que o aumento de peso, após a menopausa, aumenta o risco de cancro da mama.

**Inactividade física:** mulheres que são fisicamente inactivas, durante a sua vida, parecem ter um risco aumentado para cancro da mama; estar fisicamente activa pode ajudar a diminuir este risco, através da prevenção do aumento de peso e da obesidade.

**Bebidas alcoólicas:** alguns estudos sugerem haver relação entre a maior ingestão de bebidas alcoólicas e o risco aumentado de ter cancro da mama.

Muitos dos factores de risco citados podem ser evitados, o que não acontece com outros, como a história familiar. No entanto, é útil saber e estar consciente dos factores de risco, ainda que muitas mulheres com estes factores de risco não tenham cancro da mama.

## **II – Estilo de Vida Contra o Cancro**

### **Preenchimento de um questionário de auto-avaliação do estilo de vida (comportamentos de saúde de alimentação e de protecção solar, bem como, consumo de tabaco) (10min)**

Os factores de estilo de vida que têm sido encontrados como potenciais protectores contra o cancro são especialmente os seguintes:

- **Dieta e Controlo de Peso**
- **Cessação Tabágica**
- **Comportamentos de protecção solar e de supervisão da pele**

#### **Dieta e Controlo de Peso (40min)**

A dieta e o controlo de peso é importante porque:

- 70% das sobreviventes de cancro da mama apresentam excesso de peso ou mesmo obesidade
- a obesidade (pós-menopausa) é um dos factores de risco mais bem estabelecido de cancro da mama, bem como, de outros cancros (cólon, rim, esófago e endométrio)
- o ganho de peso durante e após os tratamentos de cancro tem sido apontado como redutor da qualidade de vida, bem como, representa um risco aumentado de declínio funcional, co-morbilidade, recorrência de cancro e morte relacionada com cancro.

Como se pode perder peso?

- controlo das porções de comida
- redução da densidade calórica dos alimentos: aumento de consumo de alimentos com baixa densidade calórica (vegetais ricos em água, frutas, grãos inteiros e sopas) e diminuição dos com elevada densidade calórica (gordura, carne vermelha, açúcar, comida refinada).
- exercício físico, de resistência (além disso, o exercício físico tem sido comprovado como um factor protector de cancro, e de cancro da mama em particular)

### Exercício físico

Pode fazer qualquer desporto, como por exemplo, natação. É inconveniente a prática de sky ou de ténis.

-o exercício físico diminui o risco de cancro da mama.

-40 minutos de caminhada 3 vezes por semana é o suficiente para reduzir o risco.

-mulheres que praticam exercícios mais intensos chegam a ter até 40% menos probabilidade de desenvolver cancro da mama.

-a Sociedade Americana de Oncologia recomenda 45 minutos diários de exercícios pelo menos 5 dias por semana.

### Benefícios do exercício físico

-aumento da sobrevivência.

-diminuição do risco de recorrência do cancro.

-melhor qualidade de vida.

-menos fadiga.

-diminuição da prevalência do excesso de peso e obesidade.

-benefícios positivos no tratamento do cancro.

-benefícios no *coping* e na reabilitação psicológica.

-benefícios nas funções cerebrais.

-benefícios na prevenção de alguns tipos de cancro como de outras doenças (ex: doenças cardiovasculares).

### **Guias Nutricionais para sobreviventes de Cancro:**

<b>Dieta ou Factor Nutricional</b>	<b>Sociedade Americana de Cancro (2006)</b>	<b>Instituto Americano para a Investigação de Cancro e do Fundo Mundial do Cancro (2007)</b>
<b>Peso</b>	Alcançar e Manter um peso saudável	Seja o mais magra possível, evitando, no entanto, atingir um peso demasiado baixo.
<b>Padrão de Dieta</b>	-Consuma uma dieta saudável dando privilégio a alimentos provenientes de	- Evite bebidas com adição de açúcares, limite as comidas muito calóricas (comidas com

	produtos hortícolas - Escolha comidas e bebidas que alcancem e mantenham um peso saudável - Coma 5 ou mais doses de fruta e vegetais variados por dia - Escolha grãos inteiros em vez de grãos refinados - Limite o consumo de carne vermelha	muito açúcar e gordura, e pouca fibra) - Coma mais variedade de vegetais, frutas, grãos inteiros e legumes - Limite o consumo de carne vermelha
<b>Outro</b>		Limite o consumo de comida salgada
<b>Álcool</b>	Se beber limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1 - 2 bebidas por dia	Se beber limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1 - 2 bebidas por dia
<b>Suplementos</b>	Não use suplementos alimentares para se proteger do cancro	Não use suplementos alimentares para se proteger do cancro

#### Evitar ou limitar o consumo de álcool

Nos países desenvolvidos, aproximadamente 4% dos casos de cancro da mama estão associados ao consumo de álcool.

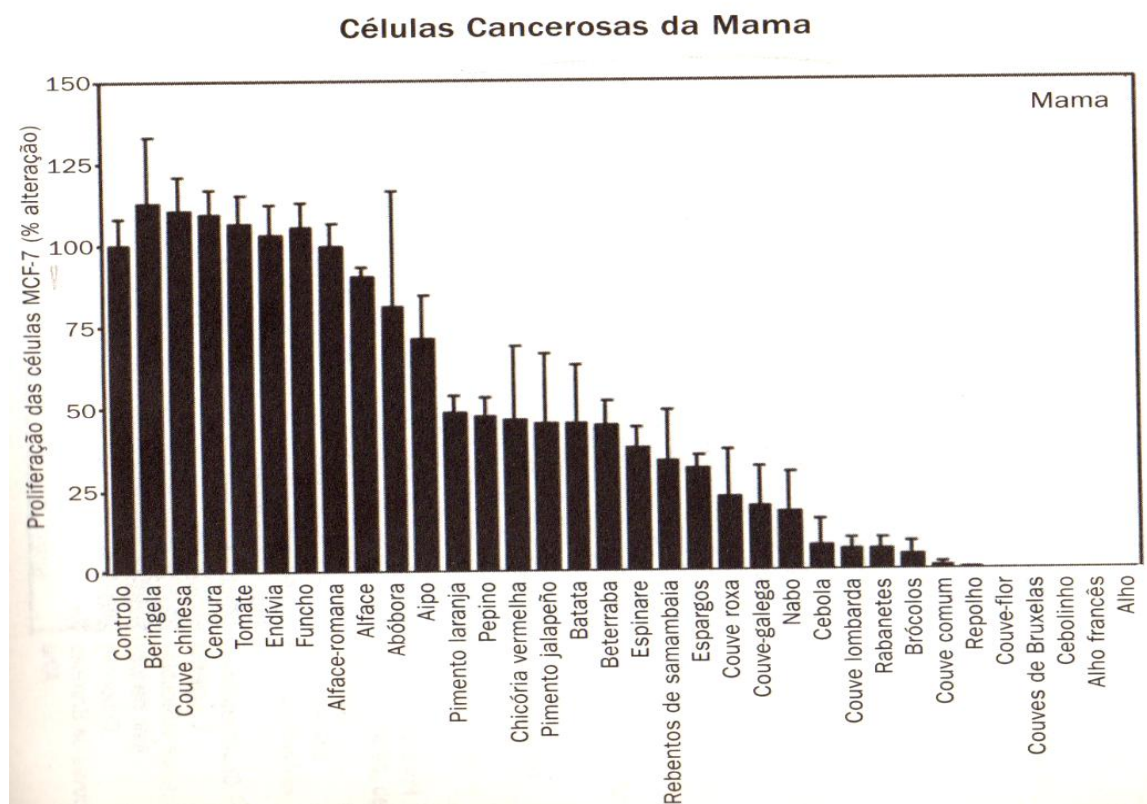
O risco aumenta em cerca de:

- 10% para cada bebida consumida por dia.
- 20% para duas bebidas
- 30% para três.
- 50% para quatro ou mais doses por dia.

#### **O consumo excessivo de álcool:**

- aumenta 60% a probabilidade de desenvolver cancro do pulmão, do estômago, do fígado, da laringe e boca, ou da bexiga.
- está associado a diversos problemas de saúde, bem como, problemas de carácter sócio-jurídico.

Alguns estudos têm encontrado resultados que indicam que alguns **alimentos podem inibir certos tipos de cancro**. De salientar, o alho, a cebola e o alho francês, que ocupam um lugar privilegiado entre os alimentos mais eficazes para todos os tipos de cancro. Foram testados extractos crus de diversos alimentos em diferentes tipos de células cancerosas. No gráfico abaixo estão apresentados os alimentos testados nas células cancerosas da mama.



Estudos semelhantes também têm encontrado que:

- uma dieta rica em compostos encontrados na soja, chamados isoflavonas, pode reduzir o risco de recorrência do cancro da mama em mulheres que já sofreram da doença.
- uma alimentação rica em gorduras e fritos e pobre em verduras, frutas e cereais integrais, predis põem a diversos tipos de cancro, como o da mama, intestino, fígado, entre outros.

Carnes de vaca e aves engordados com hormonas, e peixes, camarão, lula, polvo, lagosta e crustáceos (marisco, ostra, etc.) contaminados com mercúrio, insecticidas e outros detritos químicos, também contribuem de forma importante para o aparecimento do cancro.

Os alimentos processados com adição de açúcar são geralmente pobres em nutrientes, têm excesso de açúcar e, aumentam o risco de obesidade e de cancro.

O sal e alimentos conservados com sal podem causar cancro no estômago. Em vez de sal pode-se usar ervas e especiarias para temperar os alimentos. Os alimentos processados, incluindo pães e cereais, podem conter grandes quantidades de sal.

Outro aspecto da alimentação diz respeito à prevenção ou tratamento da osteoporose, que é uma patologia que tem um risco muito aumentado em pessoas que foram sujeitas a tratamentos como a quimioterapia. A osteoporose é um distúrbio metabólico, que consiste na perda progressiva e acelerada da massa óssea, o que faz com que o tecido ósseo fique mais frágil. As formas de combater este problema consistem em:

- aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D, ambos nutrientes essenciais que exercem um papel importante na saúde dos ossos.

- a vitamina D é fundamental para o cálcio se fixar nos ossos e é sintetizada na pele sob acção dos raios ultravioletas.

- fazer exercícios físicos regularmente.

- diminuir o consumo de álcool.

- cessar com o tabagismo.

### **Cessação Tabágica (10 min)**

Aproximadamente um terço de todos os cancros é causado pelo tabaco, especialmente os de pulmão, pescoço, colo do útero, fígado, rim, pâncreas e leucemia mielóide. A persistência do consumo de tabaco depois do diagnóstico está associado a piores resultados terapêuticos, a progressão da doença e aumento de co-moribilidade.

O tabaco é a principal causa de morte prematura, que se pode evitar, modificando o comportamento individual.

Calcula-se que cada cigarro diário, reduz um ano na esperança de vida de um fumador regular.

Aumenta a incidência de osteoporose, sobretudo na mulher.

Leva à menopausa precoce e ao envelhecimento prematuro da pele na mulher.

Efeito cumulativo no que respeita ao risco de desenvolvimento de cancro no tubo digestivo e no sistema respiratório. O tabagismo leva ao desenvolvimento de doenças pulmonares, incluindo doença pulmonar obstrutiva crónica (enfisema pulmonar; bronquite crónica).

Aumenta o risco de tumor na laringe, da boca, língua e lábio, do esófago, dos rins, da bexiga e do pâncreas;

Estima-se que indivíduos que fumam diariamente, aumentam em/até 60% as suas probabilidades de desenvolver cancro do pulmão, cancro do estômago, do fígado, da laringe e boca, ou da bexiga.

Infelizmente, aproximadamente 25% dos sobreviventes ao cancro são fumadores. A boa notícia é que, quando pára de fumar, o risco de cancro diminui, mesmo quando os fumadores têm mais de 50 anos de idade e após um diagnóstico de cancro.

#### Malefícios do tabaco

- redução da capacidade dos pulmões para se limparem
- diminuição da resistência à infecção aumentando da vulnerabilidade a muitas doenças

A única coisa possível para proteger a saúde e aumentar a esperança de vida, é deixar de fumar. Deixar de fumar completamente de um dia para o outro, é o método mais difícil, mas o mais eficaz.

#### **Comportamentos de Protecção do Sol e de Supervisão da Pele (10 min)**

Os sobreviventes de cancro que foram sujeitos a radioterapia localizada apresentam maior predisposição para cancro de pele, que é aumentada pela exposição ao sol.

O consumo de vitamina D e exposição solar moderada são as principais medidas protectoras.

Os alimentos ricos em vitamina D são: -peixes e frutos do mar, óleo de fígado de peixe, gema de ovo, produtos lácteos enriquecidos com vitamina D).

#### Perigos da exposição solar excessiva

- manchas de envelhecimento
- rugos
- pigmentação irregular
- envelhecimento precoce
- melanoma maligno (cancro da pele).

#### Conselhos:

- Evitar a exposição solar entre as 12 e as 16 horas
- Uso de protetor solar
- Evitar bronzeadores que agravam os efeitos nefastos da exposição solar
- Uso de chapéu de abas largas
- Uso de roupas aquando da exposição solar intensa
- Evitar a exposição solar nas horas do dia mais perigosas (11h às 16h)

**Estas dicas de estilo de vida saudável não são importantes só para vocês, mas também para todos que querem prevenir-se de ter cancro.**

**Recomendação do livro “Anti-cancro: um novo estilo de vida” de David Schreiber.**

### **Sessão 3: Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na auto-estima: como lidar com as alterações e melhorar a auto-estima**

#### **Introdução (10 minutos)**

A tumorectomia ou mastectomia e os efeitos secundários dos vários tratamentos (radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal) causam mudanças corporais: perda da mama, linfedema, dor pós-operatória, irritação da pele, perda de cabelo, menopausa prematura, secura vaginal, actividade física limitada e falta de energia. Estes efeitos (a curto ou longo prazo) são misturados com sentimentos de irrealidade, de dissociação, de perda de feminilidade e de atractividade, de dificuldades sexuais, de sensação de que nada será como antes, da sensação de envelhecimento precoce, etc. Aceitar este novo corpo e integrá-lo numa perspectiva positiva é importante.

As mudanças corporais também podem afectar profundamente a auto-estima (pode-se passar a questionar se continua a ser uma pessoa activa e independente ou se passou a considerar-se mais dependente, frágil e menos útil) e a identidade (pode-se alterar as respostas anteriores a questões de identidade como as seguintes: Quem é que eu sou agora? Como viver a minha vida e recuperar os meus papéis de mulher, mãe e profissional?).

#### **Actividade 1 (5 min)**

**- Fazer uma lista de 3 mensagens positivas para si mesma:** Escreva-as e diga-as ao grupo.

#### **Actividade 2 (15 min)**

-escreva as alterações corporais resultantes da doença e dos tratamentos.

-identifique o impacto dessas alterações na auto-estima abordando os seus diferentes papéis (relações familiares, relações conjugais e relações de trabalho ou de amizade).

-sentiu alterações na forma como se via a si própria antes da doença?

#### **Discussão de Formas de Lidar com as Alterações (5 min)**

-tentar enfrentar os problemas ou evitá-los? Esconder ou dizer?

-integrar os aspectos da experiência pela qual passou para recuperar a auto-estima positiva.

-estar atento para se proteger de tendências inconscientes, como a desvalorização e o sacrifício da sua vida.

#### **Lista de situações em que podem ter sentido impacto:**

-ir às compras.

-ir nadar no mar ou na piscina.

-conduzir um carro.

-escrever.

-experimentar roupas novas.

-reações dos outros confrontados com as alterações.

-comportar-se com os outros (mostrar-se à família e aos amigos).



-considere as mudanças corporais, as diferenças na percepção do corpo (existentes ou não).

-evite comparações.

### **Listar soluções práticas.**

Exemplos:

-aceitar ajuda para carregar pesos.

-assumir peruca e próteses.

-reconstrução.

-integrar aos poucos os novos aspectos da sua experiência. Avaliar as Perdas e os ganhos.

-podem haver dois objectivos: tentar ser como antes da doença (reconstrução, dieta ...) ou aceitar as alterações.

### **Actividade 3 (10 min)**

#### **Faça elogios às 3 pessoas que se seguem à sua direita**

-as pessoas que receberam o cumprimento podem expressar reacções a ele.

-a ponte as diferenças entre o que acha sobre si mesma e o que os outros acham de si.

### **Estratégias para Aumentar a Auto-estima (15 min)**

-estratégias de Auto-inspiração

-auto-reflexo

-diário pessoal com as coisas positivas que fez durante o dia

-carta a contar os pequenos e grandes êxitos pessoais

-anúncio pessoal a publicitar as qualidades e competências pessoais

-filme/livro sobre a sua vida, enfatizando feitos importantes, aventuras e actividades realizadas

-auto-instrução

-se mudarmos o nosso diálogo interno, tornando-o mais positivo, aumentamos a possibilidade de enriquecimento do nosso auto-conceito

-Inoculação

-consegue-se através de actividades que levem a pessoa a defender-se, a argumentar sobre as suas qualidades, fortalecendo as crenças positivas que a pessoa tem sobre si própria

-estratégia do Reflexo - Reflectir as qualidades, capacidades e aptidões que vemos

### Aspectos importantes :

-evitar expressões que demonstrem representações pejorativas

-transmitir uma imagem clara dos valores e qualidades dos outros

-acreditar nas qualidades e capacidades dos outros (“Efeito Pigmaleão”)

-aproveitar qualquer “boa conduta” para chamar a atenção da pessoa que a fez, para ela reflectir sobre a mesma

### **- Estratégia com base na componente afectiva**

Podemos aumentar o valor das competências dos outros, aumentando o respeito, afecto e simpatia que temos por eles e incentivando o mesmo comportamento por parte dos outros

#### Pequenos aspectos a considerar:

- evitar o uso de alcunhas (tratar pelo nome que prefere)
- cumprimento afável e cordial
- desenvolver a atitude de partilha

#### Objectos – Vida interior (conhecimentos, sentimentos, desejos, alegrias) - Actividades

- cultivar a boa-educação/cortesia
- utilizar uma comunicação eficiente/assertiva
- utilizar o elogio

### **- Estratégia com base na componente comportamental**

- dar tarefas aliantes e desafiadoras de grau crescente de complexidade
- importante sabermos previamente que a pessoa será bem sucedida
- não esquecer que os objectivos devem ser desafiadores q.b. - têm de ser perspectivados como alcançáveis
- fornecer um ambiente tranquilo para execução das tarefas
- fornecer autonomia supervisionada para realização das tarefas
- dar incentivos, apoio e reforçar os esforços e os sucessos
- incentivar a Criatividade
- dar espaço e potenciar a criatividade é possibilitar às pessoas que afirmem as suas características individuais únicas e valorizar a importância dessas características
- devemos descobrir qual a originalidade, o talento ou aptidão especial de cada um e valorizá-la

### **I- Voltar a gostar do corpo (5min)**

- observar, tocar e a deixarem ser-se tocadas - pedir que em casa se toquem, se observem ao espelho, que no fundo se voltem a conhecer.
- auto-conhecimento do corpo actual
- propiciar o conhecimento do corpo pelos outros
- observar as suas reacções e as dos outros as alterações
- verificar que consegue olhar cada vez melhor para o seu corpo e cada vez mais com maior prazer.

### **II- Relações Íntimas (5 min)**

O facto de ter passado pela experiência, que provocou alterações corporais, pode interferir com as suas relações íntimas.

A intimidade envolve troca recíproca de carinhos diversos, além da relação sexual.

Segurar nas mãos, tocar, abraçar, ter profundo carinho pela outra pessoa e partilhar sentimentos, esperança, sonhos, medos, emoções e valores religiosos são aspectos de uma relação de intimidade.

Fale com seu parceiro sobre os medos, preocupações ou crenças sobre como o cancro afectou a vossa relação. Partilhar essas considerações e sentimentos fortalecerá a relação entre o casal. Veja o seu companheiro como uma pessoa que a pode ajudar a lidar com as perdas resultantes do cancro e não como um potencial criticador.

### **III- Sexualidade (5 min)**

Após o diagnóstico de cancro da mama, a mulher pode passar a viver em função do tratamento, o que interfere no desejo e na vida sexual.

Reacções de desajustamento, depressão e ansiedade têm forte impacto sobre a sexualidade.

O medo de abandono também é um factor significativo, uma vez as mulheres, ao terem este medo, podem estar a privar os seus parceiros de actividade sexual.

#### **Causas mais comuns para a diminuição do ajustamento da função sexual**

- diminuição da função ovárica.
- medicamentos (o tamoxifeno pode levar à atrofia vaginal e à diminuição do desejo sexual).
- fadiga.
- náuseas.
- infertilidade.
- medo da morte.
- ruína financeira.
- responsabilidades familiares.
- relações sexuais dolorosas.
- infecções da bexiga ou vagina (este pode ser um problema recorrente).
- falta de lubrificação.
- diminuição vaginal.
- ansiedade resultante do espasmo dos músculos vaginais.
- medo e ansiedade podem impedir o fluxo normal de fluidos vaginais, em resposta à estimulação sexual.

#### **O que fazer no caso de as relações sexuais serem dolorosas**

- aumentar o tempo dos preliminares.
- relaxamento.
- aplicação de um creme lubrificante.
- comunicação com seu parceiro.
- procurar ajuda junto do médico.

## **V- (In) Fertilidade/ Menopausa (5 min)**

Infertilidade é um problema comum para aqueles que tiveram cancro e foram sujeitos a terapia.

Nos últimos anos, melhorias em tratamentos do cancro têm sido desenvolvidos tanto para prolongar a vida como para reduzir o risco de infertilidade.

Há evidências que sugerem que a gravidez após o tratamento de cancro não aumenta o risco de reincidência nem encurta a sua vida.

A quimioterapia pode causar a amenorreia (falta de menstruação) e uma maior possibilidade de infertilidade.

### O que fazer?

-é aconselhável esperar dois anos após completar o seu tratamento contra o cancro antes de tentar conceber um filho, que é o período de maior risco de recorrência do cancro da mama.

-considerar a possibilidade de marcar consultas de infertilidade.

Estratégias para preservar a fertilidade:

-criopreservação de embriões

-preservação de ovócitos

-supressão ovariana

-transposição ovariana

## **VI - Linfedema**

Linfedema é o **inchaço causado pela acumulação de líquido (linfa) dos tecidos moles dos membros.**

Os vasos linfáticos não drenam a linfa de forma eficiente a partir das extremidades, resultando num membro inchado.

Essa acumulação ocorre frequentemente após a remoção cirúrgica dos gânglios linfáticos, ou radioterapia para os gânglios linfáticos (por causa do esvaziamento dos gânglios linfáticos), e às vezes após a quimioterapia.

O linfedema é um problema crónico que pode causar desconforto, dor, desfiguração, problemas com a auto-imagem e ansiedade.

**Após o tratamento do cancro de mama 15-30% das mulheres podem desenvolver linfedema.**

**Como podem estes sintomas afectar a feminilidade?**

-diminui a competência funcional do braço.

-diminui a autonomia

-aumenta a dependência.

## **Recomendações e exercícios**

1. Ainda no hospital, logo após a cirurgia, eleve o seu braço afectado, apoiado em travesseiros, de forma a que a sua mão fique mais elevada do que o seu ombro. Faça isto enquanto estiver deitada, duas a três vezes por dia, durante 45 minutos. Não afaste o seu braço afectado do tronco, para não forçar a cicatriz operatória e evitar tensão no músculo ou na prótese utilizada.
2. Exercite o seu braço, abrindo e fechando a mão, entre 15 a 25 vezes. Este exercício ajudará a reduzir o inchaço, promovendo o retorno da linfa à circulação geral do corpo.
3. Use o braço afectado para pentear o cabelo, tomar banho, vestir-se e alimentar-se, apenas se a equipa médica permitir .
4. O braço do lado operado requer alguns cuidados permanentes:
  - não use relógios, anéis e pulseiras apertados;
  - não vista roupas justas ou com elásticos que possam dificultar a circulação;
  - não utilize bolsa a tiracolo no ombro do lado em que foi feita a cirurgia.

## **VI-Linfedema**

Se tiver qualquer alteração abaixo, procure seu médico imediatamente:  
febre acima de 37,80C;

se parte do seu braço, mão ou axila afectada estiver quente, vermelha, ou se tiver aumento do inchaço

### **Tratamentos disponíveis para curar o linfedema**

- drenagem linfática.
- massagem manual.
- medicamentos para melhorar a drenagem linfática.
- fisioterapia descongestiva\* .
- exercícios.

#### Objectivos da fisioterapia descongestiva:

- reduzir o tamanho do braço através de massagem linfática manual, uso de compressão ligaduras não elásticas, cuidados com a pele e exercícios.
- manter a redução do tamanho do membro através de exercícios de compressão

## **VII - Alteração do odor corporal (3min)**

### **A utilização de desodorizantes**

A maioria dos desodorizantes e, especialmente, os antitranspirantes, têm químicos cancerígenos.

As mulheres que aplicam antitranspirantes logo após raparem ou depilarem as axilas, aumentam o risco de cancro devido a minúsculas feridas e irritações da pele, que fazem com que os componentes químicos nocivos penetrem mais rapidamente no organismo.

A decisão de não utilizar estes produtos leva a que se tenham de utilizar medidas acrescidas para diminuir o odor corporal.

**O mau odor corporal pode ser eliminado através da dieta:**

- evite as carnes vermelhas.
- faça preferencialmente uma alimentação à base de vegetais (alguns dos melhores alimentos incluem a salsa, aipo, coentros, hortelã, sálvia, alecrim, tomilho e orégãos).
- elimine bebidas com cafeína.
- elimine alimentos com odores fortes como o alho e a cebola.

**Actividade 4 – Actividade para si mesma (1min)**

- Faça um texto acerca de si mesma, como se fosse um anúncio pessoal publicitário, em que saliente as suas qualidades e competências que foram fundamentais para ultrapassar a doença!
- Termine o texto com a seguinte frase:
- Hoje, depois de passar por este problema, sou uma pessoa muito mais...

**Entrega de documentação acerca da sessão (Folheto).**

**Sessão 4: As dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro: aprender a gerir as emoções**

**Reflexão sobre a imagem e o provérbio japonês (3min):**



A árvore de bamboo que se curva ao vento é mais forte do que o carvalho que resiste.

**Provérbio Japonês**

**Objectivo da actividade:** fomentar a flexibilidade e a adaptação como forma de adaptação aos acontecimentos de vida.

**I - Introdução (7min)**

Algumas pessoas depois de terminar os tratamentos e não haver nenhum indício de doença podem apresentar algumas dificuldades psicológicas, como:

- lidar com a Incerteza (Possibilidade de Recorrência)
- lidar com Problemas de Saúde Usuais e Sinais Vitais não relacionados com a Doença Prévia
- lidar com a (falta) de Vigilância Médica

-ansiedade de Antecipação a Exames Médicos

-depressão e Ansiedade

-stress Pós-traumático

**Factores de risco para “sofrimento psicológico” em pacientes com cancro da mama:**

-doença psiquiátrica no passado

-história familiar de doença psiquiátrica

-idade (<45 anos)

-ter filhos mais novos

-apoio social limitado

-uso de substâncias psicoactivas

-ser solteira

-dor

-a deficiência física

-coerência familiar pobre

-tensão financeira

**II - Gestão do stress (5 min)**

As técnicas de gestão do stress reduzem o sofrimento psicológico em pacientes com cancro da mama e tem vindo a ser muito utilizada por profissionais, uma vez que tem obtido resultado benéficos para os participantes.

A gestão do stress também se tem evidenciado muito positiva no que respeita a melhorias na saúde física.

**III - Depressão e Ansiedade (5 min)**

**Depressão**

A prevalência de sintomas depressivos em pacientes com cancro da mama é diferente em diferentes estudos, variando de acordo com as características da população em estudo e com o tipo de instrumento utilizado.

Os estudos apontam que entre 13% a 29% mulheres com cancro da mama apresentam depressão.

**Ansiedade**

Ansiedade é um estado emocional desagradável de apreensão, causado pela suspeita ou previsão de um perigo contra a própria integridade.

É um temor frente a um perigo real ou imaginário, uma espécie de alerta para algo que possa ferir física ou moralmente.

É uma defesa natural do corpo, mas torna-se prejudicial quando limita, impede, bloqueia e quando provoca sentimentos ou sensações de difícil controlo.

#### IV - Formas Básicas de Gerir o Stress e Promover o Bem-estar depois do Cancro (1h)

- identificar a origem do Sofrimento Psicológico.
- planear acções para melhorar as situações associadas ao sofrimento psicológico.
- utilizar estratégias para olhar de outra forma para as situações associadas ao sofrimento psicológico.
- aceitar as situações que não se conseguem melhorar.
- envolvimento em Actividades de Mestria e Prazer.
- procurar e aproveitar o apoio social especialmente dos mais significativos.
- estabelecimento de Objectivos de Vida.
- relaxamento e outras formas de lidar com o stress.
- identificar a origem do Sofrimento Psicológico.
- ao identificar o que é a causa do sofrimento psicológico sentir-se-á mais capaz de controlar esse factor de stress. Poderá pensar em como resolver ou em como tornar esse sofrimento menos penoso.

Como as seguintes questões a podem ajudar a identificar a fonte do sofrimento psicológico:

- O que é que ao pensar no meu cancro ainda me causa mais sofrimento, medo ou preocupação?

**Actividade 1:** Responda à questão.

Quem quiser pode partilhar com o grupo.

1. Planear acções para melhorar as situações associadas ao sofrimento psicológico

-Todos nós conseguimos fazer a resolução dos nossos problemas, contudo, aprender um método organizado para o fazer pode ser útil para situações mais complexas ou para quando nos sentimos perdidos.

-Na sessão 5 aprenderemos o Método de Resolução de Problemas e conseguiremos perceber o que é que muitas vezes dificulta uma resolução eficaz e como podemos melhorar a nossa capacidade de o conseguirmos.

2. Utilizar estratégias para olhar de outra forma para as situações associadas ao sofrimento psicológico

Situação	Pensamentos “O que é que pensou?”	Emoções “O que é que sentiu?”	Comportamentos “O que é que fez?”	Consequências “O que é que aconteceu a seguir?”
Está na fila para comprar o bilhete para o cinema e algumas pessoas colocam-se à sua frente.	“eles exageraram” “Eles não me respeitaram”	Desgosto Irritação Incompreensão	Não disse nada.	Fiquei irritada até ao início do filme.

Esta maneira de analisar situações destaca a maneira como interpretamos acontecimentos e como nos comportamos. Podemos identificar e diferenciar sentimentos, emoções, pensamentos ou crenças que



nos ajudam ou não e comportamento adequados ou inadequados. A partir desta técnica, podemos escolher maneiras diferentes de ver as coisas, tentando encontrar alternativas...

**Actividade 2** – Utilize esta maneira de analisar situações para interpretar uma das situações que mais foi difícil para si desde que soube do diagnóstico de cancro

Podem ver a experiência de cancro pela qual passaram de duas formas:

-fazendo um Balanço entre os Aspectos Positivos e Negativos (Ganhos e Perdas) que ele vos trouxe perspectivando-o como uma fonte de crescimento pessoal, como possibilidade de re-observação dos objectivos e prioridades de vida, como um ponto de partida para encontrar um significado para a sua vida.

De forma geral, os acontecimentos negativos podem ser vistos como desafios e oportunidades de crescimento.

**Actividade 3** – Nomeie aspectos positivos da experiência de cancro pela qual passou: considere lições aprendidas acerca de si mesma, repare em mudança de prioridades e valores, aprecie fortalecimentos de relações verificados.

Aceitar as situações que não se conseguem melhorar

Factores que podem contribuir para a aceitação:

- a exposição repetida – olhar para a situação
- o tempo que passou
- expressão Emocional – exprimir as emoções que a situação lhe causa
- o uso do humor para lidar com a situação
- a distração – dar atenção a outras coisas quando se pensa nessa situação
- minimizar a importância da situação

**Actividade 4** – Identifique uma situação relacionada com o cancro que ainda seja difícil de lidar e que não seja possível alterá-la

-Envolvimento em Actividades de Mestria e Prazer

-Procure ocupar-se e, se possível, procure que seja em actividades que sejam gratificantes para si

Ainda melhor se puderem ser actividades em que:

- Sejam realizadas no exterior e envolvam interacção social
- Possa desenvolver competências de forma gradual e personalizada

**Actividade 5** –Identifique novas actividades das quais antevê conseguir retirar prazer

- Pense seriamente em envolver-se nessas actividades
- Explore novas opções para o envolvimento em actividades que já tinha
- Mantenha-se o mais activo possível nas actividades que já tem e que lhe dão prazer
- Procurar e aproveitar o apoio social especialmente dos mais significativos

-As pessoas que estão mais próximas são uma excelente fonte de apoio em todas as fases da vida.

-Não se esqueça de aproveitar que tem essas relações quando tem algum tipo de sofrimento.

-Não tenha receio que a pessoa sofra por saber que sofre ou de aborrecer a pessoa com o seu sofrimento.

-Elas vão apreciar ter contado com elas e vão gostar de poder ajudá-la

-Partilhe o que pensa, o que sente e o que gostava de fazer em relação ao seu sofrimento.

-Tente encontrar soluções com elas para o seu sofrimento, peça-lhes ajuda.

-Conte com elas para se envolver em tarefas de que gosta.

-Esta atitude vai fortalecer a vossa relação.

-Estabelecimento de Objectivos de Vida.

-Relaxamento e outras formas de lidar com o stress.

Estes são aspectos que também a podem ajudar a diminuir as dificuldades psicológicas associadas à experiência de cancro e que vão tratados em sessões posteriores (sessão final e sessão 5, respectivamente).

### **V- Perturbação de Stress Pós Traumático (5 min)**

#### As sugestões para lidar com o Stress Pós Traumático:

-tempo e paciência podem ajudar a enfrentar a sua situação de saúde.

-durma o suficiente, pois quando descansa bem reduz os níveis de stress.

-exercício pode reduzir o stress e aumentar a libertação de endorfinas, uma substância química feita pelo órgão que promove os bons sentimentos.

-ter uma dieta saudável para dar ao seu corpo todos os nutrientes de que necessita.

-evite cafeína e nicotina, que pode aumentar os níveis de stress.

-não consuma álcool ou drogas para enfrentar a situação. A Auto-medicação pode ser perigosa e pode prolongar o processo de recuperação.

-aprenda novos hábitos: a prática de um novo hobby

-rodeie-se de pessoas que a apoiem e discuta sentimentos com elas.

-considere juntar-se a um grupo de apoio para encontrar outras pessoas na sua situação

#### Os sintomas mais comuns deste problema em sobreviventes de cancro são:

-vigilância excessiva com o corpo.

-colecção recorrente de acontecimentos relacionados com a doença.

- sintomatologia aumentada nas datas dos aniversários da doença.
- comportamentos de evitamento (hospitais ou outros locais ou contextos que associam à doença).
- activação fisiológica.
- pensamentos intrusivos.

***Outras técnicas para aliviar a Ansiedade, Stress, medo e Depressão (5 min)***

- Aromaterapia
- Imaginação guiada
- Hipnose
- Ter um diário
- Massagens
- Meditação
- Musicoterapia
- Relaxamento muscular progressivo
- Oração
- Grupos de apoio
- Tai chi
- Yoga

**Sessão 5: Mais Métodos para Gerir as Emoções: Método de Resolução de Problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade**

1. Alguns Métodos para lidar com o stress causado pelo cancro (5min)

Métodos comportamentais activos: tentar melhorar alguns aspectos da doença através de exercícios, uso de técnicas de relaxamento e da colaboração frequente com o médico.

Métodos cognitivos activos: tentar perceber a doença e aceitar o seu efeito na vida, centrando-se mais nas mudanças positivas do que negativas que ocorreram.

2. *Ingredientes* essenciais para enfrentar os problemas (5min)

- optimismo (a expectativa positiva).
- pragmatismo (opções e alternativas para a resolução de problemas).
- flexibilidade (mudança de estratégias para reflectir sobre a natureza dos problemas percebidos).
- desenvolvimento (desenvolver a capacidade de apelar a informações adicionais e a suporte para reforçar *coping*).

## Parte I - Método de resolução de Problemas (25 min)

Introdução já realizada na sessão anterior:

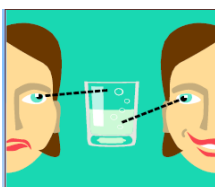
Todos nós conseguimos fazer a resolução dos nossos problemas, contudo, aprender um método organizado para o fazer pode ser útil para situações mais complexas ou para quando nos sentimos perdidos.

A nossa capacidade para resolver problemas ajuda-nos a aumentar capacidades muito úteis para lidarmos com as adversidades que nos surgem na vida e para gerirmos as emoções que delas resultam. Essas capacidades são, por exemplo, a flexibilidade, a sensibilidade, a aceitação e o optimismo.

A forma como lidamos com as transições da nossa vida pode ser a chave para a adaptação bem sucedida. É importante percebermos que a vida trás sofrimento mas também trás oportunidades para o superar: “Não conseguimos direccionar para onde sopra o vento, mas podemos ajustar a velas para nos orientarmos para o nosso destino”.

A forma como resolvemos os nossos problemas depende de 2 aspectos:

- a nossa tendência para perspectivar o lado positivo ou negativo do problema.
- uma orientação positiva tem muito poder para resolver problemas. As pessoas com este tipo de orientação vêem os problemas como desafios (em vez de ameaças), acreditam nas suas capacidades para os ultrapassar, entendem que os problemas envolvem tempo e esforço para serem ultrapassados e empenham-se na resolução dos seus problemas.

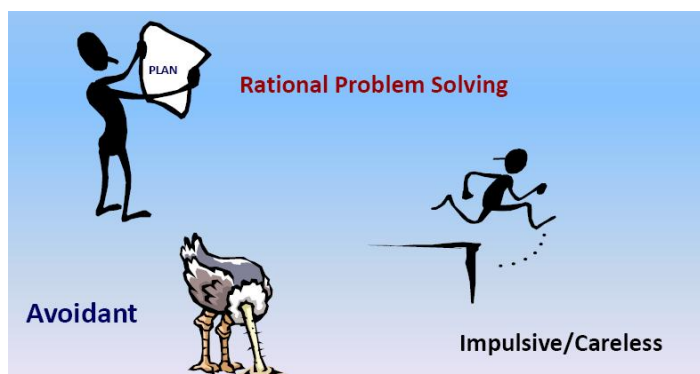


O nosso estilo de resolução de problemas

Estilo de resolução Racional

Estilo Evitante

Estilo Impulsivo/descuidado



Utilizar um método racional para tomar decisões, em vez de sobrevalorizar a intuição ou evitar a situação, parece ser o método mais bem sucedido.

Passos para encontrar, de forma racional, planos para resolver problemas:

- definição do problema.
- geração de alternativas.
- avaliação das Alternativas.
- escolha da melhor Alternativa ou Plano.
- execução do Plano Seleccionado.**
- avaliação dos resultados.**

**Quanto à Fase de Definição do Problema:**



Refira-se a factos em vez de assumções/inferências.

Descreva-os numa linguagem clara.

Estabeleça objectivos realistas.

Identifique os obstáculos para atingir os objectivos.

**Actividade:** O que é que vêem nesta figura?



Objectivo da actividade: Observar a dificuldade de nos restringirmos aos factos e de não fazermos inferências.

**Quanto à fase 2, de Geração de Alternativas:**



Deve-se ser o mais criativo possível.

Nesta fase não deve haver preocupação com a qualidade das alternativas, deve-se antes privilegiar a flexibilidade e a abertura.

Obedecer às regras:

- quantidade.
- adiar o julgamento das alternativas
- variedade (de estratégias e técnicas)

Formas de promover a criatividade e o pensamento crítico:

- “ver de fora”
- “ver com novos olhos”
- evitar raciocínios viciados
- questionar: Existirá outra forma de ver a situação?

Nunca aceitar o ponto de vista inicial mesmo que lhe parece boa solução à partida (questionar e gerar outras alternativas).

*Brainstorming* (funciona só quando as pessoas se sentem confortáveis para expôr o que sentem e é otimizado com a heterogeneidade das pessoas envolvidas).

Tomamos diversas opções por influência social:

- Experiência de Asch
- Características da tomada de decisão grupal
- Pode-se ser influenciado pelo desejo de:
  - pertença a um grupo
  - ter pena dos outros
  - evitar o criticismo (que se segue a uma decisão não popular)
  - evitar estar em pé de desigualdade com os outros
- importância de evitar o conformismo
- receber criticamente as opiniões dos outros

**3 – Avaliação das Alternativas**



- Elimine as más ideias óbvias
- Prever as consequências possíveis de cada alternativa
- Avaliar os resultados das alternativas (análise de custos-benefícios)

Avaliar os seguintes critérios:

- custos vs benefícios

- efeitos secundários/impacto
- tempo de Execução
- execubilidade
- recursos necessários
- nível de risco
- ética

Quanto à Escolha da melhor Alternativa ou Plano:

- identificar as soluções mais eficazes e desenvolver um plano de acções global

### **Execução do Plano Seleccionado**

- Coloque em acção o plano de acção.
- Não evite passar à acção. Tente lidar com a incerteza, esta faz parte de qualquer decisão.
- Lidar com a incerteza constante que acompanha as decisões
- Saber que nunca se elimina completamente a incerteza
- Como reduzir a incerteza – “Lista das 10 piores coisas consequentes associadas à alternativa escolhida”

10 coisas piores que podem acontecer	O que posso fazer se acontecer? - Medidas de Contingência

### **Avaliação dos resultados**

Observe as consequências. Avalie os resultados e avalie se é necessário voltar ao início do método.

Reforce-se!



**Actividade 2- praticar o método num problema-exemplo dado por uma das participantes**

## Parte 2- Relaxamento, Meditação e Espiritualidade (25 min)



A meditação, a concentração da mente, é uma aptidão que vários estudos indicam como uma das formas de reduzir o impacto do stress. Existem também alguns estudos que sugerem que essa é também a forma de se conseguir restabelecer a harmonia fisiológica do organismo.

A concentração pode ser centrada somente na respiração (respiração abdominal), ou pode estar centrada num exercício de relaxamento ou mesmo centrada no interior de nós mesmos (meditação).

No *mindfulness*, também designado por meditação de monitorização aberta ou meditação concentrada, a atenção está voltada para a percepção de estímulos, mas de forma dissociada de julgamentos, pensamentos ou reflexão.

O relaxamento mental pode ser feito através da indução de imagens mentais positivas nos pacientes, para ajudar a desenvolver a capacidade de recuperar, diminuir a tensão, o sofrimento e os medos relativos à doença.

Os sobreviventes que não são seguidores de uma religião formal, sentem muitas vezes que a sua espiritualidade se aprofunda pela sua experiência com o cancro.

Alguns pacientes encontram a paz numa espécie de entrega ao mistério de um espírito superior e na confiança numa divindade ou num objectivo que dá sentido ao seu sofrimento.

### **Características-chave da meditação**

- estado mental activo, mas descontraído.
- concentração.
- respiração regulada para sincronizar a mente com o corpo.
- abstrair-se de distrações e preocupações.
- concentração no momento actual.
- meditação focada (foco num objecto específico, como um som, uma palavra ou um pensamento).
- introspecção: tem em conta toda a experiência, sem um sentido de sujeito e objecto.

### **Benefícios da meditação**

- melhora a função cognitiva



- reduz a ansiedade
- reduz a dor
- potencia o bem-estar psicológico
- aumento da qualidade de vida

O Mindfulness/meditação concentrada começou a ser utilizado pelo Dr. Jon Kabat-Zin, um ex-biólogo americano, há 30 anos no MIT. O seu programa é utilizado em mais de 250 hospitais dos Estados Unidos e em alguns hospitais da Europa (Alemanha, Holanda, Suécia, Noruega, Reino Unido, Bélgica e Suíça). Nesta forma de meditação, a atenção é centrada simples e repetitivamente no que é conscientemente o momento presente, sem o esmiuçar, mas observando apenas o que emerge espontaneamente depois. Assim, a componente principal é a auto-regulação da atenção no presente imediato. Tudo o que aparece nesse presente é reconhecido e aceite sem julgamento adicional. Se surge um pensamento, é rotulado “pensamento”, e depois observamos o que vem a seguir. Se emergir uma emoção, é rotulada de “emoção” e a nossa atenção segue adiante. O mesmo se verifica ao nível da “sensação”, como um sentimento de desconforto ou o desejo de parar, etc. Então, o segundo componente principal é a orientação de abertura e aceitação de cada momento da experiência de concentração. O objectivo deste segundo componente é conseguir que a pessoa evite os pensamentos de ruminação habituais. A frase clara e simples que Kabat-Zin ensina para termos em mente o que devemos fazer com a nossa atenção para atingirmos uma consciência plena é: “Fixem a vossa atenção e mantenham-na. Fixar e manter. Fixar e manter.”

O tema de meditação varia, consoantes as escolas. Pode envolver o corpo e as suas sensações, como no ioga hatha, que trabalha a respiração e a postura. Existem formas de meditação que envolvem a concentração na chama de uma vela, numa imagem sagrada, numa palavra (“paz”, “amor”, são frequentemente utilizadas para esse fim), numa oração ou numa paisagem (imagens de um lago ou de uma montanha).

O que parece importante e transversal a todas as técnicas de meditação não é a técnica nem a aplicação em particular, mas a renovação diária do contacto com a força de vida que vibra constantemente dentro do nosso corpo e de que só nos apercebemos quando lhe damos atenção, o que parece ajudar-nos a controlar melhor e a harmonizar os seus ritmos.

Nos sobreviventes de cancro, as técnicas de meditação e concentração no aqui e agora, são especialmente promissoras, porque reduzem a atenção excessiva no passado e no futuro. Geralmente, uma atenção excessiva no passado leva a sentimentos de raiva, tristeza e arrependimento, enquanto que a mesma atenção no futuro pode levar a preocupação e ansiedade, sentimentos que impedem que as pessoas desfrutem plenamente do momento presente.

### **Instruções para fazer Respiração Abdominal**

- Coloque-se de forma confortável sentado ou deitado

- Coloque a mão no abdómen (barriga) próxima do umbigo;
- Feche os olhos e concentre-se na sua respiração;
- Respire pelo nariz e encha os pulmões de ar, leve-o até o abdómen, percebendo que ela se movimenta. Pode imaginar que está enchendo um balão que está dentro da sua barriga. Ao respirar, conte até cinco para que o pulmão e o abdómen fiquem expandidos;
- Solte a respiração pela boca contando até dez esvaziando completamente o pulmão e o abdómen;
- Repita dez vezes a respiração. Caso sinta tonturas ou veja “bolinhas” ao abrir os olhos, saiba que isso é normal e vai desaparecer. Isso acontece, porque o cérebro recebe mais oxigénio do que está habituado, mas é interessante ir adaptando o ritmo de forma que fique confortável e não gere náuseas.

### **Relaxamento**

Existem vários métodos de relaxamento. Um método dos mais eficazes é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Este método pode ser utilizado para lidar com o stress do dia-a-dia, mas existe a possibilidade de aplicação ao controlo da dor e do mal-estar, o que se tem mostrado uma boa estratégia para muitas pessoas.

### **Benefícios da espiritualidade**

- ajudar os pacientes a atingir uma sensação de paz.
- reforçar os sentimentos de esperança.
- reforçar o sentimento de dar sentido à vida.
- potenciar o apoio social por parte das pessoas que partilham das mesmas crenças espirituais.
- poder funcionar como auto-relaxamento em períodos stressantes.
- fornecer a sensação de protecção.
- poder constituir-se como uma das estratégias de *coping* necessárias para enfrentar o cancro e viver depois da experiência de cancro.

**Actividade de fim da sessão (20 min):** respiração abdominal+ relaxamento muscular de Jacobson+indução da imagem de paz.

## **Sessão 6: Lidar com a incerteza e com o medo de recorrência**

### **Introdução**

Após o tratamento, os pacientes podem sentir-se isolados e marginalizados, abandonados pelos profissionais de saúde. Podem sentir-se num mundo de incerteza e ansiedade (à espera dos próximos exames, com medo de reincidência), perguntando-se se estão curados ou não.

As pessoas próximas (a família e os amigos) esperam muitas vezes que a pessoa retorne rapidamente à sua vida prévia. Enquanto eles pensam que tudo está terminado, o paciente sente perigo (Síndrome de Dâmocles) e não sente capacidades pessoais para retomar à sua vida normal e fazer planos para o futuro.

Na sequência da doença, as pessoas deparam-se frequentemente com pensamentos acerca da sua própria mortalidade, sentem medo de morrer, o que muitas vezes leva ao medo de reincidência, à tristeza e raiva de se sentir diferente dos outros.

### **Actividade**

- Identificar as situações que originaram temores de reincidência (exames médicos, exames gerais, documentários de televisão e rádio, a renovação de contratos de seguro...), mas também acontecimentos que tornam possível manter a esperança.
- Facilitar a expressão de pensamentos relacionados com a incerteza, com o sentimento de "abandono".
- Falar sobre: a perda do sentimento de invulnerabilidade, a ilusão de invulnerabilidade, a maturidade e a profundidade adquirida com o conhecimento da auto-vulnerabilidade.
- Aceitar discutir o medo de morrer sem ficar auto-centrado. Avaliar a capacidade de se confrontar com os próprios medos.
- Introduzir o conceito:
- pensamentos recorrentes de recaída ( por picos)



- conhecimento da possibilidade de recorrência do cancro – a doença pode voltar (“ser acompanhado e avaliado toda a vida e possibilidade de repetição”)

Encontrar um equilíbrio entre modos de operação: uma certa flexibilidade.



### **Recomendações para gerir o medo de reincidência do cancro:**

- Não descuide dos seus cuidados médicos, uma vez que o tratamento do cancro é longo.
- Certifique-se que sabe quem é responsável pelo seu cuidado e quando deve fazer o exame seguinte.

-Discuta as suas preocupações com um amigo compreensivo ou participe num grupo de apoio (por ex: o grupo em que se encontra), onde pode falar sobre os seus sentimentos com outras mulheres que vivenciaram a mesma situação.

-Localize outras coisas que ajudam a manter a ansiedade sob controle. Tente ler um bom livro, trabalhe no jardim, ou assista a um filme engraçado... As pessoas têm diferentes actividades que lhes dão prazer, descubra as que lhe dão mais prazer a si e pratique-as tão frequentemente quanto possível.

-Saiba que sua ansiedade irá provavelmente desaparecer com o passar dos anos. O mais provável é que o cancro deixe cada vez mais, com o passar do tempo, de ser o centro da sua vida e começa a desvanecer-se.

## **Sessão 7: A comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros**

### **I – Processo Geral de Comunicação (1h)**

Definição de Comunicação: Comungar, partilhar, tornar comum, entrar em relação com.

**Actividade 1** – Colocar uma pessoa sentada à frente do grupo em que lhe é dada a instrução de que não pode comunicar com ninguém! Dá-se como tarefa ao grupo descrever o que estão a ver nessa pessoa... Objectivo: Concluir acerca da Inevitabilidade e Universalidade da Comunicação - Não podemos não comunicar

Existem muitas barreiras à comunicação. Uma óbvia, outras nem por isso.



**Actividade:** Colocar 3 pessoas fora da sala. Descrever com o grupo uma figura apresentada da forma mais objectiva possível. Uma das participantes presentes convidará a primeira pessoa a entrar e comunicar-lhe-á o que se passou na sua ausência. Esta dará a informação à seguinte e assim sucessivamente. Objectivo: Concluir acerca das barreiras à comunicação, mesmo quando nos esforçamos por ser as pessoas mais objectivas possíveis.

### **Barreiras à Comunicação:**

**-Ouvir o que esperamos ouvir.** As experiências passadas influenciam as percepções das ocorrências actuais.

**-Percepção selectiva.** Desconsideração pelas informações que entram em conflito com o que sabemos.

**-Avaliação da fonte.** Quando alguém nos comunica algo, a interpretação que fazemos da mensagem é influenciada pela avaliação que fazemos da pessoa que a transmite.

**-Representações diferentes.** As mensagens são interpretadas à luz dos valores, convicções e crenças que as pessoas partilham, assim como por pressões ambientais que as envolvem.

**-Problemas semânticos.** As palavras têm interpretações que nem sempre são coincidentes para as diferentes pessoas.

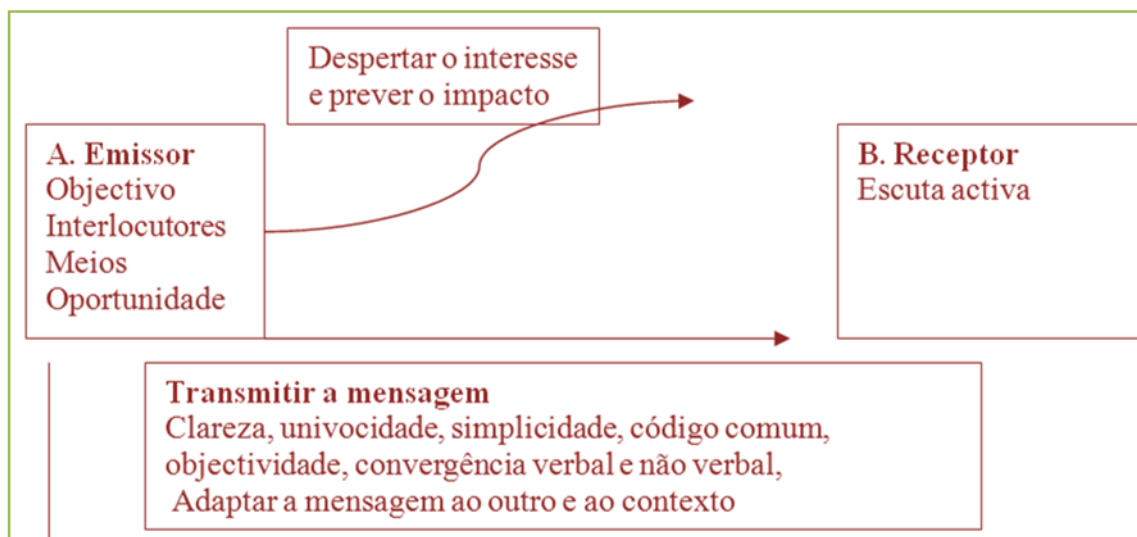
**-Comportamentos Não-Verbais.** Os gestos, expressões faciais e posturas do corpo também comunicam, podendo ajudar ou dificultar a captação da mensagem pelo outros e influenciar a sua interpretação.

**-Efeitos das emoções.** Qualquer que seja a emoção, ela influencia o modo de comunicar, assim como a interpretação que os outros dão à mensagem.

**-Diferenças Culturais.** As diferenças culturais podem causar mal-entendidos potencialmente graves nos processos de comunicação.

**-Distância e condições físicas.** A distância física impede o contacto face-a-face, impossibilita a detecção dos sinais não verbais da comunicação; as más condições físicas aumentam o ruído na comunicação.

**-Timing.** O momento em que a comunicação ocorre pode aumentar ou diminuir a sua eficácia.



### **Melhorar a eficácia comunicacional**

-Esclarecer ideias e objectivos antes de comunicar.

-Encontrar meios de comunicação adequados.

-Saber ouvir/escuta activa.

**“Escutar é um acto de sentir, interpretar, avaliar e reagir ao que o interlocutor está a afirmar; é um processo criativo que envolve pensamento e dispêndio de energia”.**

### **ESCUTA ACTIVA / SER BOM OUVINTE:**

-Descontraia-se . Olhe o interlocutor nos olhos . Faça o interlocutor sentir-se à vontade consigo.

**ESCUTE ATENTAMENTE:** . Não escute **só metade**

. Seja **TODO OUVIDOS**

**MOSTRE INTERESSE** : . Deixe que a sua expressão facial

**E** traduza o seu interesse.

**COMPREENSÃO** . Nunca revele sinais de cólera ou de enfado.

### **Mais Ajudas – Escuta Activa:**

-Uh-hum Mmm Sim Eu entendo Certo Continue

-Quer dizer mais alguma coisa acerca disso Ah-hah

-Estas respostas podem ser variadas ou combinadas ad infinitum eg.: “Sim, continue..”, ou “Ah, entendo...”

### **Melhorar a eficácia comunicacional**

-Saber obter *feedback*

-Saber dar *feedback*

-Usar um grau de redundância correcto

-Utilizar linguagem directa e simples

-Controlo emocional adequado

-Atender aos aspectos não-verbais

-Sensibilidade ao mundo e representações do interlocutor

-Proporcionar informação verdadeira e atempada

-Assegurar a congruência entre mensagens e actos

-Ir ao encontro do estilo comunicacional do(s) interlocutor(es)

-Saber elogiar e dar reconhecimento

### **Saber dar e obter feedback**

-Na interacção com o outro é fundamental estar atento ao outro dando e procurando obter informação de retorno, ou seja informação sobre a compreensão da mensagem transmitida

-Sumariar o que o outro diz

“Será que me fiz entender?”

“Não me sinto muito elucidada. Será que me pode explicar melhor?”

“O que me está a dizer é então que...”

-Fazer reflexão sobre as emoções os outros parecem transmitir

-O processo de comunicação não é apenas o processo através do qual as pessoas se compreendem umas às outras;

-A comunicação é o processo através do qual os seres humanos **criam** os outros e **aprendem** com eles.

## **Estilos da Comunicação**

### **Estilo Agressivo – Comunica “tu não és importante”**



O estilo agressivo observa-se através de comportamentos de ataque contra as pessoas e os acontecimentos; o agressivo prefere submeter os outros a ouvi-los. Fala alto, interrompe e não tem competências de escuta activa. Desgasta psicologicamente os que o rodeiam. Pensa que o seu método é sempre ganhador, mas não se apercebe das consequências. Os outros evitam falar-lhe francamente e de forma verdadeira, pois não se sentem acolhidos e temem represálias.

### **Efeitos do estilo Agressivo**

#### **- Na pessoa**

Curto prazo: liberta tensão, poder sobre os outros

Reforço, consequências agradáveis: sentimento de poder

Longo prazo: Embaraço, culpabilização, tensão, hipervigilância, dificuldades interpessoais e de saúde, nomeadamente, depressão

#### **- Nos outros**

Mágoa, humilhação, frustração, temor/inibição, agressividade/cólera

Retaliação (aberta ou dissimulada)

Resignação e abandono

#### **- Em geral**

Perda de pessoas talentosas; poucas iniciativas; perda de pensamento divergente

Corrente de agressividade; energia orientada para lutas internas; mau clima ; conflitos.

### **Estilo Passivo – Comunica “Eu não sou importante”**



A atitude passiva é uma atitude de evitamento perante as pessoas e os acontecimentos. Em vez de se afirmar tranquilamente, o passivo afasta-se ou submete-se, não age. Como não é capaz de se afirmar perante os outros, torna-se frequentemente uma pessoa ansiosa, com problemas somáticos. Não age porque receia a avaliação dos outros e teme a decepção. É habitualmente tímido e silencioso.

#### **Na pessoa**

Reforço negativo → Problemas futuros

Baixa auto-estima, frustração

Irritabilidade, auto-comiseração, tensões internas, revolta/agressividade

A longo prazo: Incapacidade; somatização

### **Nos outros**

Pena, desvalorização, exploração, comparações desfavoráveis

Indiferença

### **Em Geral**

Empobrecimento das relações

Restrição de tarefas e contactos

**Estilo Manipulativo** – Se comunicasse o que realmente é real para ele, comunicaria “Tu és importante para os meus objectivos”



O manipulador não se implica nas relações interpessoais. Esquiva-se aos encontros, procurando a satisfação das necessidades próprias e não se envolve directamente com as pessoas, nem nos acontecimentos. O seu estilo caracteriza-se por manobras de distração ou manipulação e desrespeito pelos sentimentos dos outros.

Apresenta discursos diferentes consoante os interlocutores a quem se dirige. Tira partido das pessoas para conseguir os seus objectivos. É uma pessoa muito “teatral”, não comunicando claramente as suas necessidades.

### **Na pessoa**

Reforço negativo → Problemas futuros

Despersonalização, sentimento de poder / frustração

Deterioração das relações interpessoais; isolamento / solidão

### **Nos outros**

Desconfiança, desagrado,

Indiferença / evitamento

Irritação / agressividade / cólera

### **Em geral**

Empobrecimento das relações

Restrição de tarefas e contactos

Conflitos

**Estilo Assertivo** – Comunica “Todos somos diferentes, mas igualmente importantes!”





As pessoas assertivas são capazes de defender os seus direitos, os seus interesses e de exprimir os seus sentimentos, os seus pensamentos e as suas necessidades de forma aberta, directa e honesta.

Estas pessoas não humilham nem desvalorizam os outros para afirmar os seus direitos. A pessoa afirmativa tem respeito por si própria e pelos outros, está aberta ao compromisso e à negociação. Aceita que os outros pensem de forma diferente da sua; respeita as diferenças, comunica clara e directamente as suas necessidades .

## Comportamento Assertivo



	VOZ	PADRÃO DE DISCURSO	EXPRESSÃO FACIAL	EXPRESSÃO DO OLHAR	GESTOS E POSTURA CORPORAL
<b>PASSIVO</b>	Tom baixo, monocórdico, gentil, caloroso	Hesitante e muito pausado	Nervosismo: sobrancelhas levantadas, olhar apelativo, sorriso nervoso e culpado	Evasivo e fugidio	Muitos movimentos, ombros caídos
<b>AGRESSIVO</b>	Tom alto, firme, duro / frio e áspero	Fluente, rápido, seguro e abrupto. Sarcasmo, menosprezo, autoritarismo e intolerância	Arrogância, críspação do rosto (sobrancelhas e testa franzidas com ar reprovador, lábios apertados, maxilar firme, queixo projectado para a frente)	Fixo e penetrante (de cima), olha de revés o interlocutor	Movimentos cortantes e bruscos (mãos cerradas, aponta directamente), postura rígida (cabeça levantada, braços cruzados)
<b>MANIPUL.</b>	Tom alto ou baixo, mais gentil ou áspero de acordo com o impacto pretendido	Varia de acordo com a situação e os interlocutores	Exprime apenas o que sabe que impressiona	Fugidio ou dominador segundo as circunstâncias	Movimentos e postura tipicamente passiva, agressiva ou assertiva
<b>ASSERTIVO</b>	Tom natural, firme, agradável, sincero e claro (apropriado)	Fluente e seguro (com pausas necessárias). Enfatiza as palavras-chave	Expressão descontraída, interessada e atenciosa, sorrisos genuínos, ocasionais e oportunos. Sério quando se zanga	Firme nas não insistente	Movimentos seguros, firmes e descontraídos, postura directa mas confortável, poucos movimentos, cabeça erguida ou levemente inclinada

O comportamento assertivo é caracterizado por não violar os seus próprios direitos, nem os dos outros.

Necessidades, sentimentos e opiniões são expressos de uma forma directa, honesta e apropriada.

O comportamento assertivo respeita os sentimentos dos outros e facilita uma comunicação em dois sentidos.

#### **Afirmações na primeira pessoa.**

‘Eu penso que...’; ‘A minha ideia é esta...’; ‘Eu gostaria...’; ‘Eu prefiro...’; ‘Eu sinto que...’.

Elas indicam que fala por si e não por uma entidade não identificada como ‘o emprego’ ou ‘a família’.

Então: ‘Eu gostaria de fazer as coisas de maneira diferente’ em vez de ‘Se calhar era melhor fazer as coisas de maneira diferente’.

#### **Afirmações breves, claras e ‘directo ao assunto’.**

‘Eu gostaria de começar esta semana’.

Mostram, claramente, aquilo que quer. Pelo contrário, afirmações longas e divagações tem o dom de confundir a outra pessoa deixando-a pouco certa daquilo que você quer.

**Distinções entre factos e opiniões.**

‘Na minha opinião...’, ‘A experiência que eu tenho é diferente, pois...’.

Desta maneira reconhece que as coisas nem sempre são ‘preto ou branco’, ‘bom ou mau’, mas que podem ser diferentes para diferentes pessoas. Então: ‘Este exame correu-me bem’ em vez de ‘Este exame foi fácil’.

**Oferecer sugestões (como a outra pessoa poderia proceder) em vez de “lições” (como a outra pessoa deveria proceder).**

‘Que tal fazer antes assim...?’; ‘Seria mais prático se...?’; ‘Gostavas de ...?’.

As sugestões dão, à outra pessoa, a possibilidade de decidir pela sua própria cabeça após ela própria as ter avaliado. Evitar expressões como ‘dever’ e ‘ter de’.

**Crítica construtiva sem culpabilização ou suposições.**

‘João, tenho reparado que os teus trabalhos não têm sido entregues dentro do prazo’.

Desta forma, realça os factos nas acções dos outros sem os atacar enquanto pessoas, culpabilizar em excesso ou tirar conclusões precipitadas.

**Questões com o fim de descobrir o que pensam os outros, quais as suas opiniões e necessidades.**

‘O que é que tu pensas sobre isto?’; ‘Que implicações tem esta decisão?’.

São usadas, preferencialmente, questões abertas (i. e. aquelas que requerem mais do que uma simples resposta de sim ou não) com o objectivo de obter mais informação. Questões mais direccionadas (i. e. aquelas que procuram conduzir a outra pessoa a determinadas respostas) são evitadas: ‘Tu não gostas disto, pois não?’.

**Fazer um pedido**

Não se desculpar profusamente

Ser directo

Ser breve

Não se justificar excessivamente

Apresentar uma razão para o pedido

Não “impingir” o pedido

Não se apoiar na amizade ou boa vontade da outra pessoa

Não interpretar a recusa como algo contra si próprio

Respeitar o direito da outra pessoa em recusar

**Recusar um pedido**

Resposta breve mas não brusca/abrupta

Simplicidade

Evitar desculpas: apresentar o verdadeiro motivo para recusar

Evitar frases do tipo “Não posso...”

Não se desculpar profusamente

Reconhecer iniciativa/convite de quem faz o pedido

Identificar-se com a sua própria decisão

Solicitar clarificações

Pedir tempo para tomar uma decisão

Comportamento não-verbal

### **Expressar desacordo e apresentar as suas opiniões**

Expressar desacordo de forma firme

Expor dúvidas de uma forma construtiva

Utilizar afirmações começando por “Eu...”

Flexibilizar a opinião pessoal

Apresentar os motivos para discordar

Chamar a atenção para os aspectos com os quais concorda

Reconhecer os pontos de vista da outra pessoa

### **Emitir um elogio**

Manter o contacto visual

Elogio breve e claro

Utilizar afirmações começando por “Eu...”

Destacar aspectos específicos que lhe agradaram

### **Receber um elogio**

Agradecimento simples

Resposta curta

Concordar ou manifestar aceitação do elogio

### **Transmitir notícias desagradáveis**

Tomar a iniciativa

Introduzir o assunto

Transmitir as notícias específicas que são desagradáveis

Indicar as implicações

Mostrar disponibilidade para ouvir sugestões/soluções para o problema

Mais algumas sugestões para aumentar a eficácia da comunicação:

Actuar como modelo de calma e tranquilidade

Incentivar o interlocutor a falar

Ouvir abertamente

Mostrar compreensão do que é dito

Tranquilizar o outro

Ajudar a “salvar a face”

Definir objectivos da comunicação / Preparar a comunicação

Lidar com um problema de cada vez

Escolher o lugar e o momento certos

## **II - Comunicação com as pessoas próximas (15 min):**

As mulheres informam, mais ou menos, os seus ente queridos.

Em geral, o cancro também afecta as pessoas próximas: mudanças no funcionamento e pontos de referência da família, mudanças profissionais, medo de perder o outro, confronto com sua própria mortalidade, vontade e incapacidade para apoiar o outro.

As mulheres podem sentir-se como um fardo ou, por outro lado, totalmente sozinhas e, portanto, não dispostas a partilhar os seus medos.

Os outros protegem-se muito geralmente, evitando o problema ou lidando com o problema de uma forma muito positiva, o que, paradoxalmente, cria distância com o paciente (que se sente isolado e só). Podem ocorrer vários conflitos nesta fase, seguindo-se mudança de papéis. As pessoas questionam-se muito sobre os limites do que devem e não devem partilhar com os outros.

**Actividade:** Partilha de experiências positivas e de dificuldades sentidas a este nível.

## **III - Comunicação com os profissionais de saúde (15 min):**

A qualidade do relacionamento com os profissionais de saúde é importante, na medida em que são eles que providenciam o tratamento, bem como fornecem as boas e más notícias. Idealmente, esta relação deve ser construída com base no respeito mútuo, no diálogo e interacção autênticos, o que leva a compreensão e um sentimento de cooperação e de apoio.

Na realidade, esta relação torna-se complexa de gerir, devido à existência de muitas expectativas, necessidades e à complexidade da própria comunicação.

Verificam-se vários modos de funcionamento desta relação. Alguns pacientes sentem-se muitas vezes dependentes do seu médico, a quem conferem autoridade tal que não se atrevem a pôr em questão. Outros têm uma relação de evitamento e não se atrevem a colocar questões, especialmente nos casos em que já receberam respostas alarmantes em relação à sua doença. O medo da informação acaba por prejudicar o fornecimento da informação.

Inversamente, alguns pacientes sentem-se muito ansiosos quando não têm acesso à informação que necessitam. As pessoas sentem-se sozinhas com os seus medos e preocupações quando os profissionais de saúde parecem demasiado ocupados ou restringem o âmbito da consulta a discussões técnicas sobre o tratamento médico. Às vezes os pacientes têm expectativas muito altas em relação ao profissional de saúde e podem ficar desapontados ou zangados quando estes explicam as limitações das suas competências. A raiva e a frustração associadas à doença podem ser deslocadas para os profissionais de saúde.

**Actividade:** Fazer uma lista do que as pacientes esperam dos profissionais de saúde

Objectivo: perceber que esperamos que os profissionais de saúde sejam perfeitos e esquecemos que são pessoas

Explicações	Disponibilidade	Humildade	Humor
Informações	Desculpas	Respeito/nudez	Apresentação
Gestos e palavras empáticos	Controle emocional	Acessibilidade	

Estratégias de Comunicação
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fazer perguntas objectivas da competência do médico (fazer uma lista)</li><li>• Não esperar que o médico adivinhe os seus pensamentos/dúvidas</li><li>• Procurar uma segunda opinião</li></ul>

## Sessão 8: Conclusão do grupo e objectivos para o futuro

No final dum tratamento de cancro, os pacientes sentem-se contentes por terem chegado ao fim e voltar a ter uma “vida normal”, e a encontrar os seus papéis prévios. Contudo, este sentimento é muitas vezes misturado com o de medo de não ser capaz de “voltar” e o de abandono pela equipa médica e pela perda de segurança que ela representava. Esta fase final do tratamento requer uma revisão das prioridades anteriores ou a construção de novas prioridades.

A doença levanta muitas vezes questões existenciais: "O que é que eu fiz com a minha vida? Quais são os meus planos? Quais são os meus valores? O que devo fazer? Gostaria de fazer de forma diferente?". Durante o tratamento, várias áreas da qualidade de vida do doente podem ter sido afectadas. Enquanto alguns pacientes beneficiam deste período de transição para desenvolver novas direcções e prioridades; outros sentem-se perdidos, sem pontos de referência e incapazes de construir projectos para o futuro.

Em alguns casos, o paciente está fisicamente incapaz e sente-se frustrado, sente que perdeu a sua utilidade social e a competência para considerar uma nova vida. É importante identificar os novos objectivos de vida, bem como, identificar os que foram impedidos ou prejudicados pela experiência do cancro. Deve-se reavivar ou transformar os objectivos formados, bem como se devem dar condições para a criação de novos objectivos. A experiência de cancro pela qual passaram foi uma oportunidade nova para melhorarem o vosso auto-controlo e a satisfação com a vossa vida.

**1–Avaliação dos objectivos pessoais (30 min)**

- Discutir objectivos pessoais
- Identificar o impacto da doença sobre os objectivos.
- Transformar o sentimento de ruptura num sentimento de continuidade
- Ajudar a paciente a recuperar os seus antigos projectos ou a construir novos, identificando e explorando as coisas importantes para ela.

**2 – Avaliação do Grupo (30min)**

Expressão de sentimentos relacionados com o fim do grupo e o final das sessões.

**3 – Preenchimento de Questionários (Pós-teste) (30min)**

## Anexo VIII- Folhetos

### Folheto 1.

Outro aspecto da alimentação diz respeito à **prevenção ou tratamento da Osteoporose**. Formas de combater a osteoporose:

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D, ambos nutrientes essenciais que exercem um papel importante na saúde dos ossos.
- A vitamina D é fundamental para o cálcio se fixar nos ossos e é sintetizada na pele sob acção dos raios ultravioletas.
- Fazer exercícios físicos regularmente.
- Diminuir o consumo de álcool.
- Cessar com o tabagismo.

#### 2.Cessação Tabágica

- O tabaco é a principal causa de morte prematura, que se pode evitar, modificando o comportamento individual.
- Calcula-se que cada cigarro diário, reduz um ano na esperança de vida de um fumador regular.
- Aumenta a incidência de osteoporose, sobretudo na mulher.
- Leva à menopausa precoce e ao envelhecimento prematuro da pele na mulher.
- Efeito cumulativo no que respeita ao risco de desenvolvimento de cancro no tubo digestivo e no sistema respiratório.
- Aumenta o risco de tumor da laringe, da boca, da língua e lábio, do esófago, dos rins, da bexiga e do pâncreas.
- O tabagismo leva ao desenvolvimento de doenças pulmonares.

#### Malefícios do Tabaco

- Redução da capacidade dos pulmões para se limparem.
- Diminuição da resistência à infecção.
- Aumento da vulnerabilidade a muitas doenças.

A única coisa possível para proteger a saúde e aumentar a esperança de vida, é deixar de fumar.

Deixar de fumar completamente de um dia para o outro, é o método mais difícil, mas o mais eficaz.

#### 3.Comportamentos de protecção solar e de supervisão da pele


Os sobreviventes de cancro que foram sujeitos a radioterapia localizada apresentam maior predisposição para cancro de pele, que é aumentada pela exposição ao sol.

O consumo de vitamina D e exposição solar moderada são as principais medidas protectoras.

Os alimentos ricos em vitamina D são: -peixes e frutos do mar, óleo de fígado de peixe, gema de ovo, produtos lácteos enriquecidos com vitamina D).

#### Conselhos:

- Evitar a exposição solar entre as 12 e as 16 horas.
- Uso de protector solar.
- Evitar bronzeadores que agravam os efeitos nefastos da exposição solar.
- Uso de chapéu de abas largas.
- Uso de roupas aquando da exposição solar intensa.



**Promoção de Estilos de Vida  
Contra o Cancro**

21, Fevereiro, 2011



## Folheto 1(cont).

### Guias Nutricionais para sobreviventes de cancro:

- Seja o mais magra possível, evitando, no entanto, atingir um peso demaseado baixo
- Consuma uma dieta saudável dando o privilégio a alimentos provenientes de produtos hortícolas
- Coma mais variedade de vegetais, frutas, grãos inteiros e legumes
- Limite o consumo de carne vermelha
- Limite o consumo de comida salgada
- Escolha comidas e bebidas que alcancem um peso saudável
- Evite bebidas com adição de açúcares, limite as comidas muito calóricas (comidas com muito açúcar e gordura, e pouca fibra)
- Se beber limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1-2 por dia
- Não use suplementos alimentares para se proteger do cancro

- Os factores de estilo de vida que têm sido encontrados como potenciais protectores contra o cancro são especialmente os seguintes:

1. Dieta e Controlo de Peso
2. Cessaçã Tabágica
3. Comportamentos de protecção solar e de supervisão da pele

#### 1. Dieta e Controlo de Peso

- A dieta e o controlo de peso é importante porque:
- 70% das sobreviventes de cancro da mama apresentam excesso de peso ou mesmo obesidade
- A obesidade (pós-menopausa) é um dos factores de risco mais bem estabelecido de cancro da mama, bem como, de outros cancros (cólon, rim, esófago e endométrio)
- O ganho de peso durante e após os tratamentos de cancro tem sido apontado como redutor da qualidade de vida, bem como, representa um risco aumentado de declínio funcional, comorbilidade, recorrência de cancro e morte relacionada com cancro.

### Como se pode perder peso?

- Controle das porções de comida
- Redução da densidade calórica dos alimentos: aumento de consumo de alimentos com baixa densidade calórica (vegetais ricos em água, frutas, grãos inteiros e sopas) e diminuição dos com elevada densidade calórica (gordura, carne vermelha, açúcar, comida refinada).
- Exercício físico, de resistência (o exercício físico tem sido comprovado como um factor protector de cancro, e de cancro da mama em particular)

### Evitar ou limitar o consumo de álcool

Nos países desenvolvidos, aproximadamente 4% do casos de cancro da mama estão associados ao consumo de álcool. O risco aumenta em cerca de:

- 10% para cada bebida consumida por dia
- 20% para duas bebidas
- 30% para três
- 50% para quatro ou mais doses por dia

## Folheto 2.

- Trocar de meias frequentemente
- Escolher roupas de fibras naturais (algodão e seda) que permitem que a pele respire
- Na hora de dormir, aplicar desodorizante para nos pés, evitando os desodorizantes perfumados
- Utilizar técnicas de relaxamento, porque estas ajudam a controlar o stress, que provoca muitas vezes o aumento da transpiração.

### O odor corporal pode ser melhorado através da dieta se :

- Evitar as carnes vermelhas.
- Fizer preferencialmente uma alimentação à base de vegetais (alguns dos melhores alimentos incluem a salsa, aipo, coentros, hortelã, sálvia, alecrim, tomilho e orégãos).
- Eliminar bebidas com cafeína.
- Eliminar alimentos com odores fortes como o alho e a cebola.

### Para lidar com situações indutoras de stress pode-se:

- Evitar/eliminar/diminuir as situações de stress
- Utilizar técnicas de resolução de problemas
- Ver diferentes perspectivas das situações
- Utilizar técnicas de relaxamento

### Promova a sua Auto-estima

- Pode fazer:
  - Diário pessoal com as coisas positivas que fez durante o dia
  - Carta a contar os pequenos e grandes êxitos pessoais
  - Anúncio pessoal a publicitar as qualidades e competências pessoais
  - Filme/livro sobre a sua vida, enfatizando feitos importantes, aventuras e actividades realizadas
- Mude a forma como fala consigo mesma, tornando-a mais positiva
- Tente argumentar sobre as suas qualidades, fortalecendo as crenças positivas que tem sobre si própria
- Ensine às pessoas que a rodeiam cuidados a ter consigo:
  - Evitar expressões que demonstrem representações pejorativas
  - Transmitir uma imagem clara dos seus valores e qualidades
  - Acreditar nas suas qualidades e capacidades
  - Aproveitar qualquer “boa conduta” para a chamar a atenção do que fez bem
  - Dar-lhe oportunidade de efectuar tarefas desafiantes
  - Permitir que coloque a sua originalidade no que faz



Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na auto-estima

7, Março, 2011

## Folheto 2 (cont).

### **Voltar a gostar do corpo**

- Observar, tocar e deixar ser tocada
- Auto-conhecimento do corpo actual
- Propiciar o conhecimento do corpo pelos outros
- Observar as suas reacções e as dos outros às alterações
- Verificar que consegue olhar cada vez melhor para o seu corpo e cada vez mais com maior prazer

### **Relações íntimas**

- Segurar nas mãos, tocar, abraçar, ter profundo carinho pela outra pessoa e partilhar sentimentos, esperança, sonhos, medos, emoções, e valores religiosos
- Falar com o seu parceiro sobre os medos, preocupações ou crenças sobre como o cancro afectou a vossa relação.
- Partilhar essas considerações e sentimentos fortalecerá a relação entre o casal
- Ver o companheiro como uma pessoa que a pode ajudar a lidar com as perdas resultantes do cancro e não como um potencial criticador

### **(In)Fertilidade/Menopausa (estratégias para a preservar)**

- Criopreservação
- Preservação de ovócitos
- Supressão ovariana
- Transposição avariana

### **Precauções para evitar infecções e melhorar o linfedema**

- Evite lesões nos membros, especialmente os cortes, hematomas e arranhões de animais.
- Mantenha as extremidades secas e limpas.
- Mantenha a pele hidratada.
- Proteja a pele dos raios solares em excesso.
- Proteja a sua pele das picadelas de insectos.
- Proteja os seus dedos (usar luvas para evitar feridas).
- Evite cortar as cutículas das unhas.
- Evite tirar sangue e levar injeções no membro afectado.
- Consulte o seu médico se o membro estiver vermelho, ou aparecerem erupções cutâneas, inchaço, dor ou febre.
- Evite o uso de medidores de pressão arterial no membro afectado.
- Evite usar jóias no membro afectado.

- Evite levantar pesos.
- Evite a exposição prolongada (> 15 minutos) a altas temperaturas (por exemplo, banheiras de hidromassagem e saunas).
- Evite colocar o braço afectado em água quente.
- Faça curativos (pensos) muitas vezes.
- Pratique natação.
- Não use roupas justas ou com elásticos que possam dificultar a circulação.
- Não use bolsas a tiracolo no ombro do lado em que foi feita a cirurgia.
- Quando viajar em aviões, use roupas de compressão para apoiar o membro afectado.

### **Recomendações para melhorar o odor corporal**

- Tomar um banho diário
- Secar os pés cuidadosamente depois do banho, uma vez que os microorganismos crescem nos espaços entre os dedos húmidos
- Escolher sapatos e meias feitas de materiais naturais (por exemplo, couro), porque podem ajudar a prevenir os pés suados e ajudam os pés a respirarem
- Tentar não usar o mesmo par de sapatos dois dias seguidos
- Usar meias de algodão e lã, pois ajudam a manter os seus pés secos

### Folheto 3.



#### Relaxamento

Existem vários métodos de relaxamento. Um método dos mais eficazes é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, que consiste na contracção e descontração de grupos musculares.

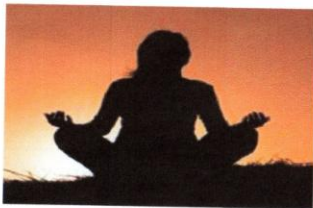
Uma forma de relaxamento fácil de utilizar é a indução da imagem de paz. Utilize um sítio tranquilo e confortável. Feche os olhos, faça respiração abdominal e “transporte-se” para um local que lhe transmite paz (exemplos: praia, campo, lareira acesa...). Tente sentir esse local com todos os seus sentidos: visão, audição, olfacto, tacto e paladar. Pode utilizar uma música de relaxamento para facilitar este processo.

#### Benefícios da espiritualidade

- ajudar os pacientes a atingir uma sensação de paz
- reforçar os sentimentos de esperança
- reforçar o sentimento de dar sentido à vida
- potenciar o apoio social por parte das pessoas que partilham das mesmas crenças espirituais
- poder funcionar como auto-relaxamento em períodos stressantes
- fornecer a sensação de protecção
- poder constituir-se como uma das estratégias de *coping* necessárias para enfrentar o cancro e viver depois da experiência de cancro



## Mais Métodos para Gerir Emoções



14, Março, 2011

## Folheto 3 (cont).

### Guias Orientadoras para a prática de exercício físico em sobreviventes de cancro

Pessoas com problemas cardiovasculares, diabéticos tipo I e II e doença pulmonar obstrutiva crónica não deverão seguir estas orientações.

Componentes de aptidão	Variável de formação	Sugestão de plano
Cardiorespiratório	Frequência	3-5 dias por semana
	Duração	20-60 minutos
Muscular	Frequência	2-3 dias por semana
	Duração	1 set de 3 a 20 repetições do exercício
Flexibilidade	Frequência	2-3 vezes por semana
	Duração	15 a 30 seg , 2 a 4 vezes

### Fases para colocar em Prática o Método de Resolução de Problemas:

Todos nós conseguimos fazer a resolução dos nossos problemas, contudo, aprender um método organizado para o fazer pode ser útil para situações mais complexas ou para quando nos sentimos perdidos. Este parece ser o método mais eficaz, especialmente quando comparado com a impulsividade e a inactividade / fuga dos problemas.

- 1 - Definição do Problema
- 2 - Geração de Alternativas
- 3 - Avaliação das Alternativas
- 4 - Escolha da melhor Alternativa
- 5 - Execução do Plano Seleccionado
- 6 - Avaliação dos resultados

### Meditação

#### Características-chave da meditação

- estado mental activo, mas descontraído
- concentração
- respiração regulada para sincronizar a mente com o corpo
- abstrair-se de distrações e preocupações
- concentração no momento actual
- meditação focada (foco num objecto específico, como um som, uma palavra ou um pensamento)
- introspecção: tem em conta toda a experiência, sem um sentido de sujeito e objecto

#### Benefícios da meditação

- melhora a função cognitiva
- reduz a ansiedade
- reduz a dor
- potencia o bem-estar psicológico
- aumento da qualidade de vida

### Instruções para fazer Respiração Abdominal

- Coloque-se de forma confortável sentado ou deitado
- Coloque a mão no abdómen (barriga) próxima do umbigo;
- Feche os olhos e concentre-se na sua respiração;
- Respire pelo nariz e encha os pulmões de ar, leve-o até o abdómen, percebendo que ela se movimenta. Pode imaginar que está enchendo um balão que está dentro da sua barriga. Ao respirar, conte até cinco para que o pulmão e o abdómen fiquem expandidos;
- Solte a respiração pela boca contando até dez esvaziando completamente o pulmão e o abdómen;
- Repita dez vezes a respiração. Caso sintam tonturas ou veja "bolinhas" ao abrir os olhos, saiba que isso é normal e vai desaparecer. Isso acontece, porque o cérebro recebe mais oxigénio do que está habituado, mas é interessante ir adaptando o ritmo de forma que fique confortável e não gere náuseas.